

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Klinika adiktologie

**Analýza rizikových faktorů užívání návykových
látek u dětí z dětských domovů ve Středočeském
kraji měřených pomocí dotazníku SURPS
Analysis of risk factors of Drug Use in Children of
Children's Homes in the South Bohemia Measured
by the SURPS Questionnaire**



Bakalářská práce

Autor: **Tereza Šimková**

Vedoucí práce: **Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.**

Datum předložení:

Praha 2013

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu práce, Mgr. Lence Šťastné, Ph.D., za vedení bakalářské práce, za její rady a za podporu, kterou jsem od ní dostávala během celé mé práce.

Dále bych ráda poděkovala ředitelům Dětských domovů v Benešově, Zruči nad Sázavou, Pyšelech, Kralupech nad Vltavou a Leducích a jejich spolupracovníkům, kteří mi vyšli vstříc a pomohli mi s dotazníkovým šetřením k mé bakalářské práci. A v neposlední řadě bych ráda poděkovala dětem z dětských domovů, které mi odpověděly na otázky v mém dotazníku.

Identifikační záznam:

ŠIMKOVÁ, Tereza. *Analýza rizikových faktorů užívání návykových látek u dětí z dětských domovů ve Středočeském kraji měřených pomocí dotazníku SURPS. [Analysis of Risk Factors of Drug Use in Children of Children's Homes in the South Bohemia Measured by the SURPS Questionnaire]*. Praha, 2013 83 s., 2 přílohy, Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Centrum adiktologie. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

Autor práce: **Tereza Šimková**

Vedoucí práce: **Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.**

Oponent práce:

Datum obhajoby:

Hodnocení:

Prohlašuji,

že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze

Tereza Šimková

ABSTRAKT

Děti v dětských domovech ve Středočeském kraji ve věku 11 až 16 let vyplnily dotazník, který obsahoval dvě části. První částí byl dotazník SURPS, který měří hodnoty jejich osobnostních rysů ve čtyřech škálách, kterými jsou impulzivita, negativní myšlení, vyhledávání vzrušujících zážitků a přecitlivělost. Druhou částí byly vybrané otázky z dotazníku studie ESPAD z roku 2007, které se týkaly užívání, hodnocení dostupnosti a rizikovitosti alkoholu, cigaret a nelegálních látek.

Předpokládalo se, že dospívající jsou skupinou, kde probíhají značné tělesné i duševní změny, a zároveň umístění dětí v dětském domově a stigmatizace ústavní péčí povede u dětí z dětských domovů ke zvýšenému skóre u hodnocení osobnostních rysů v dotazníku SURPS a u ke zvýšené prevalenci a užívání návykových látek. Výsledky dotazníků předpoklad vyvrátily, protože děti z dětských domovů získaly v dotazníku SURPS hodnoty ve středním pásmu a u vybraných otázek z dotazníku ESPAD se prevalence a užívání nelišila od výsledků dětí ve studii ESPAD, která proběhla v roce 2007.

Klíčová slova: ADOLESCENCE – RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ – METODA PREVENTURE – STUDIE ESPAD

ABSTRACT

Children of Children's Homes in the South Bohemia Measured at the age of 11 to 16 years completed the Questionnaire that contained two parts. The first part was the SURPS Questionnaire which measures the value of their personality traits in four scales which are impulsivity, hopelessness, sensation seeking and anxiety sensitivity. A second part consisted of selected questions from the ESPAD questionnaire 2007 concerning the assessment of the availability of alcohol, cigarettes and illegal substances, their use and the risk assessment of substance use.

It was assumed that adolescents are a group where occur significant physical and mental changes as well as placement in a children's home and institutional care stigmatization will lead to children of children's homes to increased scores in the assessment of personality traits from the SURPS questionnaire and to increased prevalence and use drugs. The results of the questionnaires rebutted the presumption because children from children's homes have received values at the middle measure in the SURPS questionnaire and the prevalence of

drug use of children of children's homes did not differ from children in the ESPAD study 2007.

Key words: ADOLESCENCE – RISK BAHAVIOUR – METHOD PREVENTURE – ESPAD STUDY

OBSAH

ÚVOD.....	11
1 CHARAKTERISTIKA ADOLESCENCE.....	13
1.1 PUBERTA.....	13
1.2 ADOLESCENCE	14
1.3 TĚLESNÉ ZMĚNY V DOSPÍVÁNÍ.....	15
1.4 KRIZE IDENTITY	16
1.4.1 IDENTITA V PUBERTĚ.....	18
1.4.2 IDENTITA V ADOLESCENCI.....	19
1.5 SOCIALIZACE V DOSPÍVÁNÍ.....	20
1.5.1 ŠKOLA.....	20
1.5.2 NÁSTUP DO ZAMĚSTNÁNÍ.....	21
1.5.3 VRSTEVNÍCI	22
1.5.4 RODINA.....	24
2 RIZIKOVÉ A PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ.....	25
2.1 UŽÍVÁNÍ A ZNEUŽÍVÁNÍ LEGÁLNÍCH A NELEGÁLNÍCH LÁTEK.....	26
2.1.1 TABÁK.....	27
2.1.2 ALKOHOL.....	28
2.1.3 NELEGÁLNÍ DROGY	28
2.2 KRIMINALITA	30
2.3 ŠIKANA, HOSTILITA A AGRESIVNÍ CHOVÁNÍ.....	31
2.4 PROBLÉMOVÉ SEXUÁLNÍ AKTIVITY	31
2.5 ŠKOLNÍ PROBLÉMY A PŘESTUPKY	32
2.6 EXTRÉMISTICKÉ, HAZARDNÍ A SEKTÁŘSKÉ AKTIVITY	32
2.6.1 PATOLOGICKÉ HRÁČSTVÍ.....	32
2.6.2 EXTREMISMUS A SEKTÁŘSTVÍ	32
2.6.3 HAZARDNÍ AKTIVITY A EXTRÉMNÍ ADRENALINOVÉ SPORTY.....	33
2.7 OSTATNÍ FORMY RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ	33
3 PORUCHY CHOVÁNÍ	35

3.1	NEAGRESIVNÍ PORUCHY CHOVÁNÍ.....	35
3.1.1	LHANÍ.....	35
3.1.2	ZÁŠKOLÁCTVÍ, ÚTĚKY A TOULÁNÍ	36
3.1.3	KRÁDEŽE	36
3.2	AGRESIVNÍ PORUCHY CHOVÁNÍ	37
3.2.1	ŠIKANA	37
3.2.2	VANDALISMUS.....	37
4	CHARAKTERISTIKA DĚTSKÝCH DOMOVŮ.....	39
4.1	CHARAKTERISTIKA DĚTÍ V DĚTSKÝCH DOMOVECH	39
4.2	RIZIKA ÚSTAVNÍ PÉČE	40
5	PRIMÁRNÍ PREVENCE	41
5.1	CÍLOVÁ SKUPINA PRIMÁRNĚPREVENTIVNÍCH PROGRAMŮ	42
5.2	ŠKOLSKÁ PRIMÁRNÍ PREVENCE	43
5.2.1	MINIMÁLNÍ PREVENTIVNÍ PROGRAM ŠKOLY	43
5.3	PREVENCE V ÚSTAVNÍ VÝCHOVĚ	44
6	CÍLE VÝZKUMU	45
6.1	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	45
7	ETICKÉ NORMY A PRAVIDLA VÝZKUMU.....	46
8	METODIKA VÝZKUMU	47
8.1	METODA SBĚRU DAT.....	47
8.1.1	DOTAZNÍK SURPS.....	48
8.1.2	STUDIE ESPAD.....	50
8.2	CÍLOVÁ POPULACE A VÝBĚROVÝ SOUBOR.....	51
9	METODY ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZA DAT.....	53
10	VÝSLEDKY.....	54
10.1	PŘEHLED VÝSLEDKŮ Z ČÁSTI A: DOTAZNÍK SURPS	54
10.1.1	PŘECITLIVĚLOST	54
10.1.2	IMPULZIVITA	55
10.1.3	VYHLEDÁVÁNÍ VZRUŠUJÍCÍCH ZÁŽITKŮ.....	56
10.1.4	NEGATIVNÍ MYŠLENÍ	56

10.2	PŘEHLED VÝSLEDKŮ Z ČÁSTI B: VYBRANÉ OTÁZKY Z DOTAZNÍKU ESPAD.....	57
10.2.1	DOSTUPNOST A UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU, CIGARET A MARIHUANY NEBO HAŠIŠE ...	58
10.2.2	DOSTUPNOST A UŽÍVÁNÍ NELEGÁLNÍCH LÁTEK	62
10.2.3	HODNOCENÍ RIZIKOVOSTI NÁVYKOVÝCH LÁTEK PODLE NÁZORU DĚTÍ	64
10.2.4	POROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ U DĚTÍ Z DĚTSKÝCH DOMOVŮ A DĚTÍ ZE STUDIE ESPAD 2007	65
11	POROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ Z DOTAZNÍKU SURPS A VYBRANÝCH OTÁZEK Z DOTAZNÍKU ESPAD	68
12	DISKUSE	72
12	ZÁVĚR	74
13	POUŽITÁ LITERATURA	75
14	PŘÍLOHY	78
14.1	PŘÍLOHA 1: DOTAZNÍK.....	78
14.2	PŘÍLOHA 2: SEZNAM TABULEK A GRAFŮ.....	78

ÚVOD

Cílovou skupinou mojí bakalářské práce jsou děti z dětských domovů, které mohou být ohroženy sociálním vyloučením a stigmatizovány ústavní péčí a tím mohou být více ohroženy užíváním návykových látek a dalším rizikovým chováním.

Ve své práci se zaměřím na Analýzu rizikového užívání návykových látek u dětí z dětských domovů se Středočeském kraji. Zmapuji situaci v dětských domovech ve Středočeském kraji ve věkové skupině dětí od 11 do 16 let, což je skupina, kterou Vágnerová (1996) charakterizuje jako pubescenty, jiná literatura například Macek (2003) toto období nazývá raná a střední adolescence.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, zda jsou děti z dětských domovů ve Středočeském kraji více ohroženy rizikovým chováním na základě vysokých hodnot získaných u škál osobnostních rysů dotazníku SURPS. A porovnat, jak se od sebe odlišují zkušenosti s legálními i nelegálními návykovými látkami u dětí z dětských domovů a dětí ze studie ESPAD, která proběhla v České republice v roce 2007.

V teoretické části se zaměřím na charakteristiku adolescence, jako období velkých změn, kterými děti procházejí a které mohou vést k rizikovému chování. Poukážu na jednotlivé definice adolescence, které se mohou v literaturách lišit. Dále popíši krizi identity a její kladné zvládnutí i problémy spojené s konfuzí identity. Zmíním se o socializaci jedince ve skupině a působení vrstevníků, školy a rodiny na dospívající.

Ve druhé kapitole se zaměřím na rizikové chování, které může být spojeno s abúzem alkoholu a nadužívání návykových látek. Jedná se o šikanu, hostilitu, kriminalitu, školní problémy, členství v sektách a patologické hráčství. Na rizikové chování mohou navazovat poruchy chování. Rozliším pojmy rizikové chování a poruchy chování a uvedu jednotlivé poruchy chování, jako je lhaní, záškoláctví, útoky z domova, krádeže a vandalismus, a stručně je charakterizuji.

Dále popíši dětské domovy, jejich strukturu a charakterizují děti v ústavní péči, uvedu jakým způsobem se mohou děti do ústavní péče dostat a specifikují jaká rizika a pozitiva jim ústavní péče může přinášet.

V poslední kapitole teoretické části se zaměřím na primární prevenci. Z definice zdraví podle WHO je zdraví „stav tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo vady“ (Bém, Kalina in Kalina et kol., 2003, s. 276). Primární prevence si bere za cíl udržet zdraví dle definice WHO, což se děje díky odmítavému postoji k legálním a nelegálním drogám nebo alespoň oddálení jejich prvního užití na pozdější věk.

Definuji nespecifickou a specifickou primární prevenci a uvedu školskou primární prevenci s jejím minimálním preventivním programem pro školy a prevenci v ústavní výchově.

V praktické části se zaměřím na hodnocení dotazníku SURPS a četnost dětí v jednotlivých bodových hodnotách a možnosti práce s dětmi s vysokým skóre u rysů osobnosti jako je impulzivita, negativní myšlení, vyhledávání vzrušujících zážitků a přecitlivělost.

V další kapitole praktické části uvedu užívání alkoholu, cigaret, konopí a nelegálních látek v dětských domovech. Zmíním se o hodnocení dostupnosti daných látek pro děti z dětských domovů a hodnocení míry jejich rizikovosti na lidský organismus podle toho, jak to vnímají děti.

V poslední části své bakalářské práce porovnáám výsledky kouření, pití alkoholu a užívání návykových látek u dětí z dětských domovů ve Středočeském kraji a dětí ze studie ESPAD, která proběhla v České republice v roce 2007. Pro účel srovnání výsledků dětí z dětských domovů a výsledků dětí ze studie ESPAD jsou vybrány pouze děti z dětských domovů, kteří navštěvují devátou třídu základní školy nebo první ročník střední školy a dosahují věku 15 – 16 let, což je věk dětí, které jsou cílovou skupinou pro studii ESPAD z roku 2007.

1 CHARAKTERISTIKA ADOLESCENCE

Adolescence je obdobím, kdy jedinec přechází z dětského věku do věku, kdy už si sám plně uvědomuje, kolik má času do budoucnosti, ale zároveň žije plně přítomností. Intenzivně prožívá všechny události dne, mění se jeho hodnoty, životní styl i morální a sociální normy. Termín adolescence pochází z latinského slovesa *adolescere*, což znamená dospívat, mohutnět nebo dorůstat (Macek, 2003). Některá literatura uvádí adolescenci jako celé období druhého desetiletí věku jedince, tedy od 11 do 20 (případně 22 let). Jiná literatura toto období dělí na dvě poloviny. Jedním z nich je pubescence ve věku od 11 do 15 let a druhým obdobím od 16 do 20 (22) let je samotná adolescence. Macek (2003) rozděluje adolescenci na tři etapy: časná adolescence (11 – 13 let), střední adolescence (14 – 16 let) a pozdní adolescence (17 – 20 let).

Všeobecně se jedná o přechod mezi obdobím dětství do období dospělosti. Dochází k pohlavnímu dozrání, fyzickému a duševnímu rozvoji a rozvoji schopnosti symbolizace, anticipace, zástupného učení, sebereflexe a seberegulace.

Adolescence se dostala do popředí zájmu v období nástupu kapitalismu. Díky urbanizaci, potřebě volné pracovní síly a oddělení pracovního a rodinného života se život adolescentů značně odlišil od života dětí nebo dospělých. V druhé polovině 19. století vznikl nový systém školství, který kladl důraz na vzdělávání dospívajících s ohledem na jejich další pracovní zařazení. V důsledku toho se svět mladých lidí značně oddělil svojí kulturou, trávením volného času i vytvořením vlastních hodnot (Macek 2003).

1.1 Puberta

Vágnerová (1996) rozděluje adolescenci na dvě po sobě jdoucí stádia a těmi jsou puberta a adolescence. První období dospívání, tedy puberta, je lokalizováno mezi 11 a 15 rokem života jedince, jeho nástup a konec se mohou individuálně odlišovat, což je dáno především genetickými dispozicemi. „*Puberta představuje snad nejdynamičtější, komplexní proměnu v životě jedince, která nějakým způsobem modifikuje všechny složky osobnosti*“ (Vágnerová, 1996, s. 237). Díky změnám ztrácí pubescent jistotu, kterou do této chvíle nabyl, a snaží se vytvořit si novou, k čemuž mu pomáhá závislost na rodině a pocit bezpečí v její blízkosti. Rodina ale může být i značně limitující, protože jedinec si začíná vytvářet nové hodnoty a vlastní pozici ve společnosti vrstevníků a rodinná pravidla jsou pro něho omezující. Velkým mezníkem pro pubescenta je dokončení povinné školní docházky a přechod na

střední školu, který sebou nese samostatné rozhodování a utváření vlastního cíle, jak ve volbě budoucího povolání, tak ve vystupování vůči ostatním.

S. Freud ve své teorii vývojových stádií psychosexuálního vývoje označuje toto období genitálním stádiem. Poté co si dítě prošlo orálním stádiem, které je přibližně do konce prvního roku života, a kde děti pocítují uspokojení při kojení nebo vkládáním různých předmětů do úst, se dostalo do období análního, kdy Freud předpokládal, že děti mají uspokojení při zadržování a vypuzování stolice. Za análním stádiem následuje období falické, přibližně od 3 do 6 let, kdy dítě pocítuje slast při hře se svými genitáliemi. V tomto období pozoruje rozdíly mezi mužem a ženou a řeší Oidipovský komplex. Po ukončení těchto etap je období latence, které trvá od 7 do 12 roku, dojde k potlačení sexuálních potřeb a dítě se zaměřuje na rozvoj dovedností nutných ke zvládnání každodenních činností. Při vstupu do puberty se objevuje poslední období psychosexuálního vývoje a tím je genitální stádium, které se vyznačuje sexuálními vztahy. Jedinec se více zaměřuje na poskytování uspokojení druhým a není už tak egocentrický jak byl dříve.

Anna Freudová narozdíl od svého otce považuje dospívání za daleko důležitější než dětství, které vyzdvihuje Freud. Dospívání je boj mezi id a egem za pomoci obranných mechanismů, kterými jsou intelektualizace, kdy se sexuální puzení promění v sílu, která vede k intelektuální aktivitě, díky které dokáží dospívající debatovat celé hodiny o banálních tématech. Druhým obranným mechanismem je askeze, kdy dochází ke značnému potlačení pudových tendencí, aniž by došlo ke kompenzaci jinými činnostmi.

1.2 Adolescence

Období adolescence je druhým stádiem dospívání. S počátkem kolem 15 roku a koncem okolo 20 roku života jedince. Mohou nastat i individuální změny obvykle v oblasti sociální a psychické. Adolescent již dozrál po fyzické stránce a čeká ho několik mezníků po stránce psychické a sociální. Prvním mezníkem je ukončení povinné školní docházky a nástup na střední školu a druhým pak ukončení střední školy a nástup na školu vysokou nebo do zaměstnání.

Dojde k dotvoření identity, jejíž hlavní vývoj se odehrál v pubertě. Adolescenti preferují intenzivní prožitky (hlasitá hudba, adrenalin...), usilují o absolutní řešení (podporují hodnoty, o kterých si myslí, že mají absolutní platnost, a chovají podle toho) a mají potřebu neodkladného uspokojení a tendence zkrátit dobu k dosažení cíle na co nejkratší čas (podobně jako uživatelé drog nebo gambleři) (Vágnerová 1996).

E. Erikson označil toto období jako psychosociální moratorium, kdy se adolescent snaží připravit na dospělost, na kterou se ještě necítí dost zralý. Chce volnost, odmítá životní styl a postoje rodičů. Vše se děje spíše formou ignorování než otevřeného protestu jako v pubertě.

Potřeba přípravy adolescenta na dospělost se vyskytla až v moderní společnosti, kdy jsou nároky na dospělého mnohem vyšší než tomu bylo dříve. Například v primitivnějších společnostech dochází k rituálům, kde je přesně dáno, kdy jedinec vstupuje do dospělosti a co se od něj bude v budoucnu očekávat. U adolescentů se v tomto období mění vztah k budoucnosti, která se pro ně stává významným obdobím dalšího života. Slouží k tomu, aby měl jedinec dostatek času získat předpoklady stát se dospělým. Čemuž může bránit nesouměrné dospívání psychické, fyzické a sociální stránky osobnosti. Za ukončení tohoto období lze považovat ekonomickou samostatnost, které dosahují uční již kolem 19 nebo 20 roku života a vysokoškoláci mnohem později.

1.3 Tělesné změny v dospívání

Nástup puberty je doprovázen velkými tělesnými změnami, které mohou vést k nejistotě a pocitu ohrožení integrity vlastního já. Reakce na změnu se mohou hodně lišit, někteří dospívající jsou na svoje změny pyšní, jiní to nesou velmi těžce. Vzhled člověka je první věc, na kterou bude okolí reagovat a je potřeba této změně přizpůsobit i chování samotného dospívající, který už není malým dítětem, ale mění se v dospělého osobu.

Pokud nedojde ke stejně rychlému dospívání tělesnému a psychickému, dostaví se obranná reakce.

Rychlejší tělesné dospívání s infantilními myšlenkami lze subjektivně snadněji zvládnout. Aby nebyly změny tolik viditelné, změní se například styl oblékání. V tomto období hraje fyzický vzhled značnou roli v sociálním statusu jedince. U chlapců je to především růst a později pak rozvoj svalů. U dívek sociální status určuje růst sekundárních pohlavních znaků. Dívky mohou na celkovou změnu reagovat negativně, nejsou spokojeny se svým tělem a někdy jim i okolí dává najevo svoji nelibost, což může vést, ve snaze získat společensky akceptovatelnou postavu, k mentální anorexii.

Pokud dojde ke zpomalení tělesného růstu, nesou tuto skutečnost chlapci mnohem hůře, protože fyzicky málo vyspělí chlapci nejsou populární a mohou se stát obětí šikany. Tyto nedostatky vedou k nutné obraně, která se může projevit úspěšností v jiné oblasti nebo hledáním, jak se z nepříjemné situace dostat ven. Pokud dojde ke zpomalení fyzického růstu u

dívek, může dojít k pochybnostem o ženské roli, ale neobjevují se takové závažné dopady jako u chlapců, protože vrstevníci přijímají nevyspělé dívky bez problémů.

K vlastnímu zevnějšku se upírá v období puberty velká pozornost. Nejedná se pouze o fyzickou vyspělost, ale i o vzhled obličeje nebo oblékání. Toto se projeví hlavně u dívek, které kladou na svůj zevnějšek až příliš mnoho pozornosti a pochybují o své atraktivnosti. Jako vzory jim slouží standardy atraktivity v médiích. Díky těmto standardům trpí dívky nespokojeností se svým vlastním tělem a to zejména díky tvorbě ženské formy, při které dochází k ukládání tuků na bocích a prsou.

V adolescenci se zevnějšek stane cílem i prostředkem, zejména dívky se snaží přiblížit ideálu krásy a udělají pro to celkem cokoli, protože pokud se budou podobat normě, budou mít o sobě mnohem vyšší mínění a budou mít jednodušší zastat svoji roli mezi vrstevníky. Na začátku období adolescence se stávají vysněnými typy modelky a herečky, ke konci období už si adolescent najde svůj styl oblékání a vystupování a nepotřebují se přibližovat vzorům, které se objevují v masmédiích.

1.4 Krize identity

E. Erikson poukazuje na to, že v období puberty a adolescence je třeba si najít a vytvořit vlastní identitu. Pubescent pracuje na vytvoření nové identity, která by se shodovala s psychickými a fyzickým změnami, kterými prochází. Dosud byla jeho identita spojena s názory dospělých, všeobecně lidí, kteří pro dítě představují nějakou autoritu, ale v tomto období začíná uvažovat o svém vlastním sebeurčení a to i pouze hypoteticky. Ve vlastním sebepojetí se odráží i myšlenky na budoucnost a možnosti, které by jedince mohly potkat a ovlivnit jeho další směřování.

Podle E. Eriksona probíhá vývoj jedince v osmi etapách a adolescence je pátou z nich, před ní je útlé dětství, kde jedinec řeší konflikt mezi důvěrou a nedůvěrou, poté autonomie proti nejistotě v raném dětství, dále iniciativa proti vině v předškolním věku, kvalita proti podřadnosti ve školním věku, adolescence přináší již zmiňovanou krizi identity proti zmatku, raná dospělost intimitu versus izolaci, dospělost produktivnost proti stagnaci a nakonec stáří integritu proti nevyrovnanosti.

E. Erikson ve své teorii psychosociálního vývoje, na rozdíl od Freuda, ukazuje na důležitou roli osamostatnění se od rodiny a nevyzdvihuje dětství. V adolescenci se jedná o krizi mezi identitou a zmatkem, jejíž pozitivní vyřešení vede ke konkrétní představě o sobě samém. Krize identity by měla být vyřešena do počátku dvacátých let života a jedinec by si

měl utvořit vlastní názor na svět, sexuální orientaci, chování a profesionální zaměření. Pokud nedojde k vyřešení krize identity dochází podle E.Eriksona ke konfuzi identity.

Na práci E. Eriksona navázal J. Marcia, který empiricky zkoumal Eriksonovy myšlenky a na jejich základě vytvořil dotazy, na které se ptal adolescentů a žádal jejich odpovědi. Mezi tázané oblasti patřil například okruh otázek okolo náboženství nebo volby budoucího povolání a jeho zaměření, myšlenky na budoucnost, popřípadě, jak by změnili svoje plány, kdyby k tomu byla příležitost. Na základě výsledků dospěl k názoru, že existují čtyři statusy identity a to Dosažená identita, Přejatá identita, Moratorium, Difuze identity. Dané statusy nepředstavují trvalé osobnostní rysy, ale odráží pouze současný stav člověka, který se může vlivem dalších okolností měnit. Postupem času a s věkem má stále více lidí status Dosažení identity, zatímco počet lidí s Difúzí identity klesá. Lidé, kteří si prošli krizí identity, kladením otázek a sebeurčením získali status dosažené identity, kdy došlo k vytvoření ideologické pozice, nahlížení na sebe v kontextu budoucího povolání, ne pouze v kontextu studenta vysoké školy a přehodnocení názorů své rodiny a vytvoření si vlastních. Lidé s přejatou identitou si sice také vytvořili vlastní ideologickou pozici, ale nedošlo u nich ke krizi identity, akceptují názory své rodiny a nikdy moc nepřemýšlejí o vytvoření svých vlastních. Status moratoria mají lidé, kteří prochází krizí identity, aktivně hledají odpovědi, ale nemají ještě jasno mezi svými vlastními názory a názory rodičů. Často je mění a hledají ten správný. Difuze identity, stejně jako u Eriksona konfuze identity, ukazuje na to, že jedinec sice prošel jakousi krizí identity, ale nedospěl k vlastním názorům a k pocitu sebe samého. Nemůže se rozhodnout, co by chtěl dělat, mění stále svoje plány, aniž by se snažil něco uskutečnit.

Krize identity sebou nese konflikt mezi názory rodiny, názory ostatních vrstevníků a názory jedince, který krizí identity prochází. Theodor Newcomb na Benningtonské vysoké škole ve Vermontu provedl v letech 1935 – 1939 studii, která zkoumala názory studentek této vysoké školy, které pocházely z bohatých, politicky konzervativních rodin. Na škole se setkaly s učiteli a staršími studentkami, kteří zastávali liberálnější názory než jejich rodiny. Velká část z nich se postupem času přiklonila k liberálnější politice a odklonila se od názorů dosud zastávaných rodinou. Po 25 letech byla uskutečněna studie stejných dívek, které se na vysoké škole přiklonily k liberálnějším názorům a bylo zjištěno, že i po 25 letech zastávají stále stejné názory jako na vysoké škole a že se nepřiklonily zpátky k názoru rodičů (Macek, 2003).

R. Josselsonová popisuje proces individuace ve čtyřech etapách. V časně adolescenci neboli v pubertě začíná psychologická diferenciacce, kdy si jedinec uvědomuje svoji odlišnost

od vrstevníků a hlavně od rodičů. Stává se vůči nim kritický a dochází k negativnímu postoji vůči rodičům a dalším autoritám. Ve druhé fázi asi ve 14 -15 letech nastupuje zkoušení a experimentování, kdy se adolescenti snaží zbavit všech závislostí na autoritách a myslí si, že všechno vědí nejlépe. Objevuje se soupeření s rodiči a vyhledávání příležitostí, kdy by nad nimi mohli zvítězit, naopak se utvrzují vztahy s vrstevníky. Ve třetí fázi (16 – 17 let) dochází k navazování přátelství, obnovují se vztahy s rodiči, hledají se nová pravidla a normy vztahu k druhým lidem. Poslední etapou je konsolidace vztahu k sobě, která vychází z vlastní autonomie (Macek, 2003).

L. Kohlberg ve své kognitivní teorii morálního vývoje označil období adolescence obdobím konvenční morálky a pouze okrajově morálky postkonvenční. Konvenční morálku adolescent odvozuje od chování lidí ve svém okolí. Jeho zkušenosti ho vedou k obecnějšímu pojetí spravedlnosti, k čemuž slouží i jeho znalosti z oblasti zákonů. Postkonvenční morálky dosáhne jenom málo adolescentů. Jedná se o zvnitřnění pojetí spravedlnosti a převzetí zodpovědnosti za sebe sama (Macek, 2003).

1.4.1 Identita v pubertě

Průměrný pubescent se chce o sobě dozvědět co nejvíce, a proto se do značné míry zabývá sám sebou ať po stránce fyzické nebo psychické, ve většině případů dospěje k názoru, že jeho současný vzhled nebo situace nejsou nejlepší a objevuje se u něho zvýšená kritičnost.

I. S. Kon považuje objevení svého vnitřního světa, tedy introspekci, kterou pubescent provádí, jako hlavní přínos tohoto období. Introspekce je vždy ovlivněna potřebami jedince a bývá často zkreslena. Díky tomu dochází k názoru, že jeho myšlenky a psychické procesy jsou jedinečné a díky tomu mu nikdo z okolí nemůže rozumět. Nepředpokládá, že by ostatní vrstevníci, ale hlavně dospělí, mohli mít stejné myšlenky a pocity jako on (Vágnerová, 2012).

Aby si mohl pubescent najít vlastní identitu, musí se porovnávat i s ostatními a vymezit se vůči okolí, k tomu ale musí lépe poznat sám sebe. K vymezení se porovnáním slouží diskuse s vrstevníky a aktivity ve škole nebo mimo ni, které jsou na principu soutěžení, kde jedinec může zjistit v čem vyniká.

Důležitou ale velmi zranitelnou součástí identity je sebeúcta. Pubescent má sebeúctu mnohem nižší než děti mladšího školního věku nebo adolescenti. Sebeúcta dětí ve věku od 12 do 14 let je závislá na aktuální situaci a může velice kolísat v závislosti na pubescentových pocitech. Sebeúctu do značné míry ovlivňuje sebeakceptace, což je přijetí sama sebe, které je dost závislé na přijetí ostatními lidmi.

Skupinová identita je velmi důležitým přechodem k individuální identitě. Jedná se o ztotožnění s nějakou skupinou, které pomůže posílit sebevědomí a sebeurčení a usnadní tím přechod k individuální identitě. Podle míry identifikace s danou skupinou se jedinec i chová, z čehož vyplývá, že se drží nejen skupinových názorů, ale i stylu oblékání a chování, které tuto skupinu charakterizují.

Další a velmi důležitou součástí identity je sociální profesní role. Dochází k výběru střední školy a tím i zaměření se na budoucí povolání, což je novým faktem v pubescentově životě, protože doposud řešil pouze aktuální témata a nemusel se budoucností zabývat. Mnoho z nich neví jakým směrem budou v budoucnosti mířit, vědí pouze jakým směrem se vydat nechtějí. Což sebou přináší i otázku identifikace s rodinou a povoláním rodičů, je-li pro dospívajícího akceptovatelné, nebo hledání jiného nového směru, kterým se bude ubírat. U nás se vliv rodiny ukázal daleko větší než je tomu v zemích na západ od nás, je to dáno i tím, že rodiny toto pouto podporují. Úplné osamostatnění není ve většině případů předpokládáno ani v dospělosti na rozdíl od zemí jako je Francie nebo Anglie.

1.4.2 *Identita v adolescenci*

V adolescenci pokračuje rozvoj identity dvěma dalšími fázemi, které ho vrací zpět k rodině. První je jakési uklidnění, dospívající se již cítí dostatečně separován, nepotřebuje už ukazovat natolik svoji pozici. Dalším důvodem může být obava z rychlého oddělení a hledání pevného zázemí. Poté může dojít znovu k odvrácení a opětovnému návratu ještě několikrát. Na konci období se však vztah s rodiči stabilizuje a adolescent je samostatný ale zároveň s rodiči vychází.

Ve druhé a poslední fázi už se identita dotvoří natolik, že vnímání sama sebe je realistické a že stejně jako vnímá jedinec sám sebe, vnímá jej i jeho okolí. Jeho identita je podobná identitě dospělého, je méně limitován a lidé s ním jednájí jako s dospělým. Což vede k pocitu, že adolescent nemusí vždy respektovat limity, které mu byly dány a chce si užívat nabyté svobody.

Objevují se první sexuální vztahy a dochází k diferenciaci chlapců od dívek. Dívky mají potřebu se o někoho starat a vymezují se spíše ve směru lidských vztahů a zodpovědnosti. Chlapci naopak vyzdvihují sami sebe a vymezují se spíše soupeřením než kooperací s ostatními.

Dospělost je definována schopností navázat intimní vztah s jinou osobou, což vyžaduje částečnou ztrátu vlastní identity a toleranci k druhé osobě, k čemuž je potřeba dosáhnout stabilizované identity vlastní.

1.5 Socializace v dospívání

Dospívající získali základní sociální dovednosti už jako děti v období dospívání dochází k jejich rozvíjení a rozšíření kompetencí k zvládnání a přijetí role dospělého člověka. Vztah mezi jedincem a společností určuje společnost sama. Vytváří tím proces, kdy si každý jedinec určuje svoje vlastní zákony na základě příkladů autorit a zároveň každý jedinec působí na své okolí svými zákony a tím je vytváří.

Z. Helus rozlišil čtyři složky socializace na složku hodnotově normativní, mezilidsky vztahovou, rezultativní a osobnostní. Hodnotově normativní složka je zaměřena na přesvědčení, ideálech, hodnotách a sociálních normách mezi než patří rodina, škola, náboženské instituce nebo právní systém. U složky mezilidsky vztahové dochází k realizaci vztahů mezi jedinci. Kromě hodnot, které ovlivňují vztahy mezi lidmi, je zde i faktor osobnostní zvláštnosti a konkrétní situace, což všechno ovlivňuje sociální učení a osvojení sociálních rolí. Materiální produkty, kultura a další patří do složky rezultativní. Poslední složkou je složka osobnostní, která je dána jedinečnou charakteristikou osobnosti (Macek, 2003).

Stejně jako v dětství jsou pro dospívajícího důležité podobné sociální skupiny a instituce, ale začíná se měnit jejich vliv a subjektivní význam. Patří mezi ně rodina, škola, volnočasové aktivity nebo vrstevnické skupiny v pozdní adolescenci pak ještě sekundární vzdělávací instituce a pracoviště.

V rámci každé sociální skupiny zaujímá jedinec svoji roli, která se postupem času mění a dotváří. Mezi role které mohou zaujímat patří role dospívajícího (dána biologicky sekundárními pohlavními znaky), role člena party (ztotožnění se se skupinou, získání sociální identity) nebo role blízkého přítele (člověka, na kterého se lze spolehnout). Starší adolescenti pak zaujímají i zcela nové role v nových sociálních skupinách, kterými jsou například role předprofesní a profesní nebo partnerská role.

1.5.1 Škola

Pubescent uvažuje o škole nejen v kontextu, který mu dávají dospělí, ale začíná si uvědomovat její význam pro vlastní budoucnost. Považuje ale za důležité svoji žákovskou roli, kdy k dobrým výsledkům vede co nejmenší úsilí. Znamky už nejsou významným hodnotícím činitelem a žák se snaží spíše zaujmout svoji roli ve školním kolektivu za pomoci svých osobních schopností. Pokud žák svoje úsilí dosáhnout lepších výsledků zvýší, jedná tak vždy za nějakým účelem, nikoliv pouze bezúčelně, to by nesouhlasilo s jeho rolí pubescenta.

Mnoho žáků druhého stupně není schopno vstřebat danou látku a polemizují s učiteli o její důležitosti, aby si nějak ospravedlnili sami před sebou svoji nejistotu z neznámého. Přestože se jejich myšlení vyvíjí, nejsou schopni probíranou látku zvládnout díky svým neznalostem z látky bezprostředně předcházející danému učivu ale i díky bloádě, kterou si k učivu vytvořili, protože předpokládají negativní hodnocení. Další možností nezvládnutí látky je samozřejmě fakt, že jejich intelektuální schopnosti na dané učivo nestačí.

Mění se i nahlížení na jednotlivé učitele. Zatímco na prvním stupni základní školy žáci svoje učitele milovali, na druhém o nich začínají kriticky přemýšlet a hodnotit je z hlediska jejich osobnostních rysů i jejich přístupu k výuce a schopnosti akceptovat žáky jako sobě rovné a ne jako podřízené. Díky změněnému přístupu učitelů k dětem ve smyslu jejich vzájemné rovnosti je posilováno sebevědomí žáků a to vede ke zlepšení jejich vztahů s učiteli (Vágnerová 2012).

Po ukončení povinné školní docházky nastupuje adolescent na střední školu. Na nové škole se z něho stává nováček, který se špatně orientuje a musí znovu získat svoji jistotu, kterou měl ze své pozice nejstaršího žáka na základní škole. Na středních školách, jako je například gymnázium, je na něj kladen vysoký nárok na zvládnutí učiva, který může být v prvních měsících pro studenta střední školy příliš vysoký, a ten má pak problémy se svou sebejistotou a hodnocením. Jejich zhoršený prospěch závisí i na jejich snaze se danou látku naučit. Po ukončení základní školy, kdy v posledních ročnících zabrali, aby si zlepšili známky natolik, aby se dostali na střední školu, jejich zájem o studium opadá. Znamky nejsou dostatečnou motivací a snaha studentů je hlavně danou střední školu dostudovat s jakýmkoliv prospěchem. Většina studentů se ustálí na určitém prospěchu, který je stojí co nejmenší námahu a zároveň ale nesnižuje jejich sebevědomí a nevede ke konfliktům s rodiči, spolužáky nebo učiteli (Vágnerová 2012).

1.5.2 Nástup do zaměstnání

Po ukončení střední školy přichází další velký mezník v životě adolescenta a tím je nástup do zaměstnání, výjimkou jsou studenti vysokých škol, kteří mají nástup do zaměstnání díky svému studiu na vysoké škole o několik let posunut. Pro mnohé rodiče i děti je tento mezník velmi důležitý, protože vzhledem k faktu, že si na sebe dítě už vydělává peníze, získává mnohem více svobody a je s ním jednáno už jako s dospělým jedincem.

Mladí lidé jsou ale velmi handicapováni co se týče uplatnění na trhu práce, protože jim chybí dostatečná praxe. Pokud nemohou dlouho získat žádnou práci, zvyšuje se riziko nežádoucích návyků. Díky nezaměstnanosti se nemohou osamostatnit a tím dosáhnout role

dospělého se vším co k ní patří, dále se nedotváří smysl pro zodpovědnost a disciplínu, který je pro práci potřeba. Mají zvýšené riziko asociálního chování ve smyslu získávání peněz jinou cestou než prací. Nerespektují pravidla a mohou se snadno stát součástí party, která bere drogy, krade nebo ničí majetek.

Adaptace na sociální skupinu a vytvoření nové role bývá pro mladé lidi dosti složitá, protože spolupracovníci přiřadí adolescentovi automaticky podřadnou roli a on se musí začlenit do již fungujícího kolektivu s vlastní hierarchií a pravidly, která si musí nejdříve osvojit. Nováček je v práci nejistý a okolí mu nijak nepomáhá k získání sebejistoty, kterou měl na střední škole. Svoje sebehodnocení si znovu pěstuje díky pochvalám a kladnému hodnocení ze strany zaměstnavatele. Vzhledem k rozčarování z práce, která mnohdy nespĺňuje očekávání adolescenta a omezuje ho časově na jiných aktivitách, si adolescent nedovede představit, že by měl po zbytek svého života být někde zaměstnán a plnit svoje pracovní povinnosti. To může vést v krajním případě k obranné reakci a odchodu ze zaměstnání a bezcílnému flákání.

Žáci, kteří měli ve škole problémy a patřili mezi nejhorší studenty naopak změnu vítají a do práce nastupují s nadšením, že se zbaví role outsidera, protože každý nováček nastupuje do práce s tím, že nic neumí a jeho hodnocení ve škole není bráno v potaz.

1.5.3 *Vrstevníci*

Vrstevnícká skupina je pro pubescenta velice důležitá, pomáhá mu u vytváření vlastní identity, když ještě není jeho identita úplně vytvořena, ale zároveň se jedinec už necítí jako dítě, slouží mu pro překlenutí tohoto období v podobě skupinové identity, kdy se jedinec ztotožňuje s názory a myšlenkami dané skupiny a snaží se najít svůj vlastní směr. Vrstevnícká skupina mu zároveň poskytuje zázemí, které ztrácí v rodině, od které se snaží odpoutat.

Skupina vytváří své hodnoty obvykle podle hodnot generačních ideálů a je snaha se těmto ideálům co nejvíce přiblížit. Do popředí se dostávají známí herci, zpěváci, sportovci a jiní většinovou společností uznávaní lidé, kterým se pubescenti snaží přiblížit svým chováním nebo stylem oblékání. Jedinci dané skupiny dodržují její jasná pravidla, protože členové, kteří by se se skupinou neztotožnili, by byli vyhozeni. Lpění na konformitě vrstevnícké skupiny podporuje i fakt, že se pubescenti snaží co nejvíce vymezit od skupiny dospělých. Snaží se odlišovat i ve způsobu mluvy nebo neverbálních projevů, které jsou pro ostatní, ať už dospělé nebo členy jiné vrstevnícké skupiny, nepochopitelné a mohou jim připadat hrubé (Vágnerová 1996).

S vymezováním souvisí i jednotlivé role pubescentů, svoje schopnosti si mohou dospívající vyzkoušet ve třídě, která simuluje venkovní sociální prostředí. Autoritou už není učitel, ale je jí samotná třída a jedinci, kteří jsou její součástí. Pubescenti hodnotí inteligenci a vzdělanost, protože inteligentní jedinci rychle chápou, co se po nich chce, naopak ale jedinci, kteří mají svoje znalosti těžce vyžděné, jsou od ostatních považováni za méně atraktivní. Dalším rysem osobnosti, která se stane neformální autoritou, je kamarádké chování. To co jedinec potřebuje pro získání vlivu ve skupině nejsou stejné vlastnosti jako to, co potřebuje aby byl oblíbený. Oblíbení jsou ti žáci, kteří ostatní chválí a tím potvrzují jejich schopnosti, jsou to lidé spontánní v sociálním kontaktu, kteří nevyvolávají nejistotu v rozumové nebo citové oblasti.

S postupujícím věkem jsou vrstevnické skupiny ještě důležitější. Pomáhají jedinci se odpoutat od rodiny a saturují jeho psychické potřeby. Adolescenti se ve skupině učí jednotlivé sociální strategie a ověřují si, jaký mají vliv. Vrstevnická skupina začíná naplňovat i citové jistoty a pocit bezpečí. Pokud k tomu nedojde, hledá adolescent jiné řešení, které nachází v podobě vynucených vztahů, kdy je přesvědčen, že o něho má někdo zájem, a snaží se mu všelijak vnutit, jenom aby měl nějaké citové vazby, a je ochoten přijmout kohokoliv jenom proto, aby se jeho potřeby naplnily.

Vrstevnické skupiny během puberty projdou vývojem, nejdříve jsou skupiny složeny spíše pouze z členů stejného pohlaví, ale později se stávají kombinované a zahrnují obě pohlaví společně. Zároveň se mění i postavení skupin, zatímco na začátku dospívání je důležité být členem nějaké populární skupiny, postupem času se jedinci stávají členy i více skupin najednou, podle zájmů dané skupiny, které jim imponují. Vývojem projde ale i každý dospívající, nejdříve vstoupí do skupiny a přijímá její normy a skupinovou identitu, postupem času ale nahlíží čím dál víc kritičtěji a hledá další možnosti až dojde k odpoutání od skupiny a vytvoření vlastní identity.

V dospívání je velmi silná potřeba přátelství, kdy dochází k naplnění citové vazby a přátelství postupem času vystřídá partnerství. Přátelství znamená možnost sdílet pocity, názory nebo zkušenosti. Je to možnost svěřit se kamarádovi a důvěřovat mu. Dospívající upřednostňují za přítele někoho, kdo se jim podobá, díky tomu je snazší navázat vztah a vzájemně si porozumět. Podobní lidé pomáhají dospívajícímu i s hledáním sama sebe, protože některé vlastnosti jsou lépe pozorovatelné na druhých než na sobě.

1.5.4 Rodina

V době, kdy pubescent začne dospívat, jsou jeho rodiče ve věku 30 – 40 let a prožívají také svoji krizi. Dochází u nich k uvědomění si, že mají už velkou část života za sebou a bilancují, co všechno mohli udělat jinak a čeho by chtěli ještě dosáhnout. To může vést i ke značným změnám v jejich životě jako je odchod ze zaměstnání nebo rozvod a založení nové rodiny. Všechna rozhodnutí rodičů mají velký vliv na pubescenty, kteří se potřebují vymezit a najít si vlastní identitu, ale aby mohlo dojít k vymezení, musí být objekt, vůči kterému se adolescentovy postoje mění a vytvářejí se nové, stálý. Zatímco rodiče řeší svoji krizi, pubescent se snaží svoji identitu vytvořit, proto si nemohou navzájem porozumět, protože mají pocit, že sice řeší stejný problém, ale každý z jiného hlediska. Rodiče bilancují svůj život a zahrnují do něj všechna svoje rozhodnutí a celou svoji minulost, zatímco pubescent je na začátku svého života a nedokáže ještě pochopit a ocenit zkušenosti, které se mu dospělí snaží předat.

V dospívání se vztah mezi rodiči a jejich dětmi mění. Mnoho rodičů se obává, že se děti uvolňují z citové vazby a vzdalují se jim, což není pravda, protože postupem času se jejich citová vazba k rodičům promění a zakotví se na jiné úrovni než byla v dětství. Zároveň rodiče začínají svoje ratolesti vidět jako velké a začínají na ně klást více povinností, ale už jim nepřisuzují ve stejné míře i práva, protože o ně mají strach a bojí se, že by některé věci ještě nezvládly. To ale vede k rozporům mezi nimi a adolescenty, kteří nechápou, proč musí najednou plnit větší množství povinností, ale na jejich právech se to nijak neprojeví. Potřeba zachování autority rodiči a potřeba adolescenta se z citové vazby vymanit vede ke konfliktům, protože rodiče si nemohou na novou situaci zvyknout a snaží se svoje dítě držet blízko, ale čím je větší snaha rodičů nepustit dítě ze své blízkosti, tím je větší snaha adolescentů se co nejrychleji odpoutat od jejich vlivu.

2 RIZIKOVÉ A PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ

Za poslední léta vzrostlo chování, které by se u dětí dalo považovat za rizikové a problémové. Na vině je tomu liberálnější výchova dospívajících, která klade důraz na samostatný rozvoj jedince, dle jeho individuálních potřeb. Objevilo se ale i další problémové chování, které nebylo dříve tolik vidět, protože témata jako rasová nenávist nebo drogy byla tabu. Pro zhodnocení do jaké míry je chování rizikové přispívá i zkušenost, kterou jedinec má, například bude-li v rodině dospívajícího někdo, kdo měl problémy s drogami, bude i nahlížení na drogy považováno za rizikovější než jiné formy rizikového chování (Macek, 2003).

Společensky nepřijatelné chování adolescentů je v literatuře označováno mnoho názvy jako je například rizikové chování, problémové chování, delikvence, nepřizpůsobivé chování a další. Jednotlivé oblasti nepřijatelného chování dospívajících se navzájem překrývají a proto lze těžko vymezit, kam přesně dané chování jedince patří (Dolejš, 2010).

Disociální chování je podobné problémovému chování v tom smyslu, že se jedná o chování, které nenese prvky agresivity, ale projevuje se nepřiměřeně a je zdrojem obav. Mezi disociální chování můžeme řadit lhaní, neposlušnost a neukázněnost, zlozvyky nebo vzdorovitost a negativismus. Asociální chování se projevuje jednáním, které neodpovídá morálním normám, ale nemá ráz trestné činnosti. Můžeme mezi ně zařadit například drobné krádeže, sebevražedné pokusy a sebepoškozování, záškoláctví nebo toulavost. Antisociální chování zahrnuje jednání, které je v rozporu s trestním řádem společnosti. Jedná se o agresivitu, šikanu, vandalismus nebo kriminalitu (Dolejš, 2010).

Rizikové chování může být ovlivněno preventivně a terapeuticky a přináší jedinci negativní důsledky, které je ale ochoten snášet pro zisk, který z daného chování bude mít. Mezi rizikové chování řadíme například záškoláctví, užívání návykových látek, sexuálně-rizikové chování... Rizikové chování je nebezpečné jak pro jedince tak i pro jeho okolí. Jeho jednotlivé formy jsou navzájem propojeny, například užívá-li jedinec návykové látky, může v souvislosti s nimi docházet k vandalismu nebo kriminalitě. Dolejš (2010) posuje sedm základních kategorií rizikového chování jimiž jsou:

- a) užívání a zneužívání legálních a nelegálních látek;
- b) kriminalita;
- c) šikana, hostilita a agresivní chování;
- d) problémové sexuální aktivity;
- e) školní problémy a přestupky;

- f) extremistické, hazardní a sektářské aktivity;
- g) ostatní formy rizikového chování.

2.1 Užívání a zneužívání legálních a nelegálních látek

Drogy provázejí lidstvo už od jeho počátků a jsou součástí kultů a náboženství po celém světě. I velké náboženství jako je křesťanství používá při svých obřadech opojnou látku, kterou je víno. Nejstarší zmínkou o návykových látkách je užívání opia v Sumeru asi 5 000 let př. Kr.. I zmínky o výrobě alkoholu nebo užívání makových semínek spadají do čtvrtého až třetího tisíciletí př. Kr.. Roku 1493 byl do Evropy přivezen Kryštofem Kolumbem tabák. V 17. století se rozvíjí užívání opia jako léku a roku 1805 F.W.A. Serturner izoloval a popsal morfium. Omamné látky byly poté užívány jak pro léčebné účely, tak zneužívány pro svoje účinky, které mají na lidskou psychiku.

Od 19. století se vyskytuje potřeba užívání některých látek regulovat a vést výchovu proti jejich zneužívání. V roce 1961 byla ratifikována Jednotná úmluva OSN o omamných drogách, která upravuje nutnost léčení toxikomanů v sanatoriích a držení omamných drog pro jakoukoliv potřebu. Od této doby státy přijímají různé zákony upravující nakládání s omamnými látkami a jejich regulaci na trhu. Dochází k syntetizaci dalších látek, které měly nahradit stávající, které se dostaly na seznamy zakázaných drog. Ale tyto látky mohou být pro organismus stejně nebezpečné. V současné době je u nás v platnosti zákon č.40/2009 Sb. trestní zákoník (§ 283 – 289), který upravuje výrobu, nakládání, přechovávání omamných látek, pěstování rostlin obsahujících omamnou látku, držení předmětů k výrobě omamných látek a šíření toxikomanie (Zábranský, 1997).

Definice uvádí, že droga je „jednoduchá léčivá látka, organická nebo anorganická, užívaná samostatně, nebo jako přísada“ (Gareni, 2001, s. 5). Ale ve skutečnosti je definice drogy mnohem složitější, protože drogou může být v podstatě cokoliv, jsou to léky v domácí lékárně, kofein v kávi a jiné, jsou to látky, které běžně užíváme, ale jejich užívání se může přeměnit v zneužívání a vážný problém. Nemusí se přitom jednat pouze o látky zákonem zakázané jako je pervitin nebo heroin. Zneužívání je užití drogy k jinému účelu než byla původně určena. Její dlouhodobé užívání vede k toleranci, kdy dochází k tomu, že si tělo zvykne na danou látku a k dosažení stejných účinků je potřeba větší dávka. Vyšší stupněm je pak závislost, ke které dochází tehdy, pokud si tělo na drogu zvykne a vyžaduje ji stále opakovaně a nemůže bez ní normálně fungovat. Její vysazení nebo nedostatek vede k abstinenčním příznakům (Ganeri, 2001).

Droga přináší svému uživateli pocity radosti, slasti nebo uvolnění, které jsou mnohdy podnětem k jejímu dalšímu užívání. Větší či menší experiment s drogami zažil asi každý dospívající. Důvodem k němu jsou nejen samotné účinky drogy, ale i změny, kterými dospívající procházejí a se kterým nejsou schopni se vyrovnat. Někdy stačí jenom pocit, že užití nějaké omamné látky je dostane na do skupiny, kam si také přejí patřit. Není se čemu divit, že jako prostředek k dosažení dobré nálady sahají po lécích a drogách, když jsou tolik propagované a zaručují účinek, kterého dospívající chtějí dosáhnout. Tlak okolní party vrstevníků zvyšuje tlak na dospívajícího, aby užil drogu proto, aby do žádané skupiny zapadl. Vysokým rizikem je i vliv jeho rodiny a okolí. V rodině, kde žije nějaký závislý člověk, je vyšší pravděpodobnost, že se dospívající stane závislým na nějaké látce, než u rodiny, kde žádný závislý nežije. Dalším podnětem k užití nějaké omamné látky jsou deprese nebo prožívání nějaké životní krize, ze které dotyčný neví jak ven a snaží se uniknout všemi možnými prostředky. Zneužívání drog se může projevovat malými nenápadnými změnami v chování jako je změna zájmů, zhoršení školního prospěchu nebo změna vzhledu a způsobu oblékání. Nápadnějšími projevy jsou nezájem o rodinné dění, neomluvené hodiny ve škole, nedostatek financí a drobné krádeže nebo noví přátelé, většinou starší. Alarmujícími příznaky mohou být stopy po vpichu, výrazné krádeže v domácnosti, mizení léků nebo unavené oči a nekontrolované výbuchy smíchu (Arterburg, Burns, 2001).

2.1.1 Tabák

Kouřit začínají dospívající z několika důvodů, jsou mezi nimi nuda, společenské kouření, kouření za účelem zapadnutí do party, zabránění tloustnutí, uklidnění, dodání sebeúcty, vzdor rodičům nebo pouze pocit, že to vypadá dobře. Problém je v tom, že kouření dlouhodobě nevypadá jako rizikové, ale díky nikotinu, na který vzniká závislost, se může stát velice nebezpečným. Výsledky ze studie ESPAD (2007) ukazují, že v roce 1995 kouřilo denně 22,6 % studentů, v roce 1999 to bylo 30,3 %, v roce 2003 27 % a v roce 2007 25,2 %. Tyto hodnoty jsou srovnatelné s hodnotami kouření v dospělé populaci.

Vdechovaný kouř obsahuje nikotin, dehet, nebo oxid uhelnatý a další jedovaté látky, které mohou být karcinogenní a způsobovat nádory, onemocnění srdce, cév nebo plic. Dospívající nevidí problémy, který by mohli v důsledku kouření nastat a podceňují rizikovost užívání tabákových výrobků.

Ze zákona je kouření upraveno prodejem tabákových výrobků osobám starším 18 let a dále vyhrazenými místy, kde je kouření zakázáno, jako jsou nástupiště hromadné dopravy, nákupní centra, divadla, školy... Tato opatření by měla chránit nekuřáky před pasivním kouřením,

kteří je stejně nebezpečné jako kouření aktivní. I pasivní kouření může nekuřákům, kteří jsou mu vystaveni, způsobit rakovinu, onemocnění srdce nebo zhoršit již stávající alergie, astma nebo bolesti hlavy (Ganeri, 2001).

2.1.2 Alkohol

Podle studie ESPAD z roku 2007 je mezi populací šestnáctiletých pouze 2,6 % těch, kteří nikdy nepili alkohol. Pouze výjimečně pije alkohol 5,1%. a 60 % dotazovaných je možno považovat za pravidelné konzumenty alkoholu. Podle stejné studie je nejoblíbenější alkoholickým nápojem pivo, následují destiláty a po nich víno. Alkopops (limonády s obsahem alkoholu) jsou užívány zhruba se stejnou frekvencí jako víno.

Účinnou látkou alkoholických nápojů je ethanol, který se vyrábí alkoholovým kvašením a alkoholické nápoje s obsahem nad 16 % jsou vyráběny pomocí destilace. Alkohol se užívá perorálně a způsobuje rozšíření cév, pokles krevního tlaku, euforii, ale i nauzeu, zvracení nebo bolesti hlavy. Lidé alkohol užívají hlavně kvůli jeho účinkům na psychiku, které způsobují jejich uvolnění a odstraňují zábrany. Mladí lidé jej využívají jako prostředek k potvrzení jejich prestiže ve skupině vrstevníků. Často si ale neuvědomují jeho rizikovost, protože se s ním běžně setkávají doma na oslavách a společenských akcích rodičů a často si smí společně s nimi přituknout.

Rizika spojená s alkoholem lze rozdělit do dvou kategorií. Na rizika krátkodobá, jako je oslabení nebo ztráta psychických funkcí (pozornosti, vnímání a podobně), oslabení sociálních funkcí (například agresivita). Dalšími krátkodobými riziky jsou rizikové formy chování spojené s alkoholem (řízení pod vlivem alkoholu, vandalismus, rizikové sexuální chování apod.) a jiné zdravotní problémy (zvracení, alkoholové otravy nebo ztráta vědomí). Dlouhodobá rizika zastupuje hlavně riziko závislosti na alkoholu, dále nezvratné poškození jater, psychická postižení, sociální problémy a ekonomické problémy (Dolejš, 2010).

Stejně jako u tabáku je distribuce alkoholu ošetřena zákonem. Je zakázán prodej alkoholických nápojů osobám mladším 18 let. A jsou upraveny i činy spáchané pod vlivem alkoholu jako je řízení v opilosti, výtržnictví apod.

2.1.3 Nelegální drogy

Drogy se užívaly již před staletími, ale tehdy byly součástí náboženských rituálů. Byly používány převážně vyhraněnými skupinami lidí jako byli šamani, kněží a jiní představitelé náboženství. Teprve na konci 20.století se staly drogy zábavně-relaxační záležitostí a

přesunuly se z duchovní a léčebné sféry mezi obyvatelstvo. Drogy lze podle Elliotta a Place (2002) rozdělit do několika kategorií a to na sedativa, stimulační látky, opiáty, halucinogeny, těkavé látky, konopí a anabolické steroidy.

Sedativa jsou látky, které mají na tělo jedince a jeho psychiku tlumivé účinky. Dříve se používaly hodně jako léčiva a v současné době jsou nejvíce zneužívány léky na spaní a tišení bolesti. Společně se sedativy bývá pro svůj podobný účinek užíván i alkohol. Při mírné intoxikaci se člověk navenek projevuje jako spavý s mírnou nekoordinací svých pohybů, při užití větší dávky se tyto stavy prohlubují, objevují se poruchy kognitivních funkcí a může dojít i ke smrti v následku útlumu dýchacího centra.

Stimulační látky mají na jedince opačný účinek než sedativa. Projeví se ve zlepšení některých aspektů myšlení nebo vnímání. Při užití se dostaví „jízda“, která trvá asi čtyři až šest hodin a po ní následuje „dojezd“, kdy dochází k útlumu a depresivním a úzkostným myšlenkám. Tyto stavy mohou vést až k sebepoškozování nebo k sebevraždě. Pro dospívající jsou nebezpečné proto, že dochází k jejich užití v době, kdy je kladen na jedince vysoký nárok a on se musí naučit na příklad na zkoušku. Mezi zástupce stimulačních látek patří například kokain, pervitin nebo efedrin.

Opiáty zahrnují opium, morfin, heroin nebo braun. Vyvolávají stavy útlumu a pocity uvolnění, snížení poznávací funkcí a euforickou náladu. Při předávkování mohou způsobovat neklid, agresivitu nebo psychózu. Dříve byly lékaři v hojné míře předepisovány. Od toho se dnes, po zjištění že jsou návykové, ustupuje.

Halucinogeny obsahují velké množství zástupců. Jedná se rostliny a houby, které mají účinky na psychiku. Doposud jich bylo objeveno asi 150 druhů, ale předpokládá se, že jejich počet bude ještě narůstat. Kromě přírodních halucinogenů se objevují i synteticky vyrobené jako je LSD nebo MDMA. Halucinogeny se užívaly hlavně v minulosti, kdy šamani díky nim mohli mluvit s mrtvými a provozovat svoje rituály. Užití halucinogenů se projevuje na psychice v tom smyslu, že člověk vnímá všechno kolem sebe daleko intenzivněji. Některé věci se mu ale mohou zdát zkreslené, objevují se změny vnímání času a pocity euforie. Při užití velkého množství drogy se může objevit panika nebo paranoidní myšlenky.

Těkavé látky jsou velmi rizikové, protože díky výparům, které z lepidel, ředidel a benzínu unikají a jsou následně inhalovány, se nedá odhadnout, jaké množství člověk užil a dochází často k předávkování s následkem smrti. Dalším velkým rizikem je jejich hořlavost. Po užití těkavých látek jsou lidé ospalí, jakoby v alkoholovém opojení, mají zpomalené myšlení a mohou mít záněty kolem ústa a nosu.

Konopí zahrnuje dvě formy a těmi jsou marihuana, což je směs stonků a květů, a silnější pryskyřice, známá jako hašiš. Je mezi studenty velmi rozšířenou drogou, protože existují názory, že konopí není tolik nebezpečné jako ostatní nelegální látky. Podle studie ESPAD z roku 2007 je prevalence užití konopí u šestnáctiletých 45.1 % a v posledním roce ji užilo 34.8 %. Po užití konopí dochází k pocitům euforie a psychického uvolnění, dochází ke zkreslení vnímání času a k pocitům zvýšené sebedůvěry.

Anabolické steroidy jsou poslední skupinou drog. Jedná se o drogy, které užívají sportovci pro zvýšení svého sportovního výkonu. Pravidelné užívání může vést k depresi, podrážděnosti nebo dokonce k psychóze.

2.2 Kriminálnost

Kriminálnost je zastřešující pojem, který je možno dále dělit na vandalismus a delikvenci. Kriminální projevy u dětí a dospívajících jsou brány se značnou nevolí, která je dána právě nízkým věkem pachatelů a snaze z nich vychovat dospělé. Kriminálnost je spojena s dalším rizikovým chováním, jako je užívání návykových látek, nebo patologické hráčství. Taxová vytvořila pět typologií osob s kriminálním chováním

„a) adolescenti s normálním psychickým vývojem, kteří jsou pod negativním vlivem sociálního prostředí anebo dysfunkční rodiny a nedostatečnou, zlou výchovou;

b) mladiství s delikventním chováním vycházejícím z pubertální, emocionální nevyrovnanosti a psychofyzilogických vývojových disproporcí;

c) adolescenti, kteří kriminálním chováním sytí jiné primární, rizikové, patologické formy chování (abúzus nelegálních „tvrdých“ drog, alkoholovou závislost atd.);

d) žáci a studenti, kteří trpí psychiatrickým zatížením (ADHD, schizofrenií, ale i řada dalších);

e) adolescenti u nichž se projevuje intelektový deficit nebo dokonce mentální retardace“ (Dolejš, 2010, s. 49).

Kriminálního chování se dopouští mnohem častěji muži než ženy a jedná se převážně o mladé muže do 26 let. V anamnéze dospívajících s kriminálním chováním se častěji vyskytují poruchy a poškození CNS, hyperkinetické poruchy, nižší intelektový koeficient a poruchy osobnosti. V roce 2010 byl proveden výzkum pod vedením Lepíka a Dolejše u 2 256 adolescentů a bylo zjištěno, že 40,41% kradlo v obchodě, 35,84% ukradlo alespoň jednou nějakou peněžní částku rodičům a problémy s policií mělo 23,44% dospívajících. (Dolejš, 2010)

2.3 Šikana, hostilita a agresivní chování

Šikana nás doprovází celý život, objevuje se na školách, volně, v nemocnici, ale i rodině nebo na zájmových kroužcích. Ve většině případů se o šikanování na školách ani neví a není považováno za problém. Pro šikanování je příznačná „*naprostá asymetrie sil, kdy mocnější zneužívá slabšího a pošlapává jeho práva*“ (Kolář, 2001, s. 17). Agresory jsou obvykle adolescenti s liberální nebo autoritářskou výchovou a obětí se stávají jejich slabší spolužáci, kteří mají málo kamarádů, jsou introvertní nebo se od ostatních liší.

Dalšími projevy agresivního chování může být vandalismus, což je cílené ničení předmětů a majetku cizích osob. Vandalové se většinou spojují do part, kde se objevují i další formy rizikového chování jako je abus alkoholu a podobně.

Agresivita může být zaměřena na okolí ale i na sama sebe. Fischer a Škoda (2009) uvádějí tři kategorie agresivity a to zlostná agresivita (vyjádření nevole je z hlediska impulsivnosti necílené a minimálně nebezpečné), instrumentální agresivita (agresivita je prostředkem k dosažení cíle, odvrácení škody nebo nebezpečí) a spontánní agresivita (způsobení bolesti je odměněno příjemnými pocity a dochází k uspokojení potřeb). Agresivita zaměřená sama na sebe vede k sebepoškozování jedince a k sebevražedným pokusům. Suicidální myšlenky se zabývají ať už verbálně nebo neverbálně sebevraždou a možnostmi jejího provedení. Jejich nebezpečnost se posuzuje na základě konkrétnosti myšlenek, čím je představa jasnější, tím jsou myšlenky nebezpečnější, může docházet v vypořádání se s věcmi nebo napsání dopisu na rozloučenou. Suicidální pokus je každý pokus, kdy byla snaha umřít, ale nedošlo k letálnímu konci. Samotné suicidium je akt, který končí smrtí.

2.4 Problémové sexuální aktivity

Rizikové sexuální chování je považováno za „*soubor behaviorálních projevů doprovázejících sexuální aktivity a vykazujících prokazatelně nárůst zdravotních, sociálních a dalších typů rizik*“ (Miovský et kol., 2010, s. 76-77). Mezi rizikové sexuální aktivity lze zařadit nechráněný pohlavní styk s náhodnou známostí, promiskuitní chování, užívání návykových látek spojené se sexuální aktivitou nebo provozování sexu v nevhodných hygienických podmínkách. Dále se sem dá zařadit zveřejňování intimních fotografií na internetu nebo jejich další šíření. Nelze zapomenout ani na sex u nezletilých osob a zneužívání (Miovský et kol., 2010)

2.5 Školní problémy a přestupky

Škola pro děti představuje místo, kde tráví hodně času. Jsou ale nuceni přizpůsobit se jejím pravidlům, což v dětství není takový problém, protože učitelé jsou pro ně zbožňovanými osobami, ale v období adolescence se začínají dospívající bouřit a vytvářejí si na věci svůj vlastní názor a jsou kritičtí k názoru ostatních. Dochází ke vzniku skupin a part, které sdružují dospívající se stejnými názory a chováním což může být počátkem pro školní problémy a další rizikové chování. Mohou se objevovat některé přestupky jako jsou neplnění písemných úkolů nebo nedostatečná příprava na vyučování, záškoláctví, zesměšňování, odmlouvání, šikana, opisování nebo užívání alkoholických nápojů a kouření v prostorách školy.

2.6 Extrémistické, hazardní a sektářské aktivity

Toto chování se dá charakterizovat snahou provádět rizikové aktivity, aktivním přístupem a oslabenou schopností zhodnotit rizikovost těchto aktivit. Patří sem patologické hráčství, extremismus a sektářství a adrenalinové a extrémní sporty.

2.6.1 Patologické hráčství

Patologické hráčství neboli gamblerství lze definovat jako epizody, které se opakují a vedou k narušení sociálních, pracovních a rodinných hodnot. V extrémním případě mohou vést k problémům se zákonem. Hraní vede k finančním problémům, které jedinec řeší pomocí půjček, které jsou z počátku malé a je možno je splatit, ale později narůstají do obrovských rozměrů, že jedinec není schopen vydělat si peníze na jejich splacení legální cestou a uchyluje se ke krádežím nebo jiné trestné činnosti.

Mezi aktivity, které patologičtí hráči provozují jsou hry na výherních automatech, ruleta a karetní hry v kasinech. Další skupinou je sázení. Poslední dobou, s rozvojem internetu, je možné všechny hry hrát online a platit za ně kartou. Proto se velmi rozšířily a jsou rizikovou oblastí pro dospívající, kteří k nim mají pohodlný přístup ze svých počítačů.

2.6.2 Extremismus a sektářství

Extremismus zahrnuje ideologii, která není součástí myšlení hlavního proudu a obvykle se projevuje agresivně a bývá motivována rasově. Jedná se o strany nebo hnutí, které

navenek ukazují svoje rasistické názory a xenofobní myšlenky a ty mohou vyústit i v otevřenou agresi vůči příslušníkům dané nenáviděné skupiny obyvatel.

Sekty jsou náboženské skupiny, které se oddělily od velkých náboženství a postupem času mohou získat statut církve nebo se stanou samostatně fungující jednotkou mimo církevní svět. Do sekty vstupují lidé ze zvědavosti nebo při hledání nového smyslu života a hodnot, které by jim pomohly vytvořit si vlastní identitu. Sekty jsou samostatné ekonomicky nezávislé skupiny jimž jejich členové věří a platí za členství penězi i majetkem. Vůdce sekty má obvykle absolutní autoritu a je charismatickým člověkem, za kterým lidé jsou a nechají se jim vést. Postupně dochází k izolaci členů skupiny a manipulaci jejich myšlení a činů.

2.6.3 Hazardní aktivity a extrémní adrenalinové sporty

Tuto skupinu lze charakterizovat jako „*záměrné vystavování sebe nebo druhých nepřiměřeně vysokému riziku újmy na zdraví nebo dokonce přímého ohrožení života v rámci sportovní aktivity nebo v dopravě*“ (Miovský, 2010, s. 76). Mladí lidé si oblíbili hlavně extrémní sporty pro jejich psychický a fyzický potenciál, snahu uniknout ze stereotypu a překonávat limity. Jedná se o sporty jako skateboarding, freeride snowboarding nebo lezení bez lana či lezení na výškové budovy.

Hazardní aktivity jsou ještě mnohem nebezpečnější a mezi adolescenty rozšířené pro jejich statut nebezpečnosti, díky němuž může dospívající získat vyšší postavení ve společnosti. Jedná se jízdu mezi vagóny metra, experimenty se změněnými stavy vědomí nebo například riskantní jízda motorovým vozidlem.

2.7 Ostatní formy rizikového chování

Kromě již zmiňovaného rizikového chování lze zařadit jako problémové chování další činnosti a nemoci jako jsou poruchy příjmu potravy, pyromanie, kleptomanie, trichotilomanie nebo nelátkové závislosti například na nakupování. Zmíním se zde pouze o poruchách příjmu potravy, které se objevují mezi dospívajícími dívkami, ale výjimkou nejsou ani chlapci. Dostaly se do popředí díky médiím a názoru společnosti na vzhled, který je zaměřen na štíhlé a vysoké modelky, kterým se dospívající dívky při tělesných změnách, kterými procházejí, většinou nepřiblížují, ale snaží se jich jakýmkoliv způsobem dosáhnout.

Mentální anorexie je porucha, kdy dochází k trvalému odmítání potravy a k úbytku na váze. Bývá zvětšena fyzická aktivita, dochází ke ztrátě menstruace, zpomalení pulsu nebo dýchání a nápadné chování při jídle. Diagnostikuje se hlavně na základě nahlížení dívky na

vlastní tělo a strachu z nadváhy, dívky znají veškeré kalorické hodnoty potravy, kterou jedí a dodržují přísný režim.

Mentální bulimie je stejně jako mentální anorexie definována strachem z tloušťky, ale na rozdíl od ní mají dívky normální postavu a nedodržují přísný jídelníček, ale dochází k přejídání a poté následnému zvracení nebo užití projímadel.

3 PORUCHY CHOVÁNÍ

Poruchy chování lze charakterizovat jako „*odchylku v oblasti socializace, kdy jedinec není schopen respektovat normy chování na úrovni odpovídající jeho věku, event. na úrovni svých rozumových schopností*“ (Vágnerová, 2008, s. 779). Poruchy chování lze podle Vágnerové (2008) rozdělit podle několika kritérií, jedním z nich je vázanost poruchy na prostředí (ve vztahu k rodině, skupinové aktivity party) nebo projevující se všude, bez ohledu na místo nebo společnost. Dalším dělením je dělení na neagresivní formy poruch chování (lži, záškoláctví, útoky a toulání, krádeže) a agresivní formy (šikana, vandalismus, rvačky a jiné násilnosti).

3.1 Neagresivní poruchy chování

3.1.1 Lhaní

Pomocí lhaní se dítě snaží uniknout z nepříjemné situace nebo dosáhnout požadovaného cíle. Pravá lež je charakterizována úmyslným uvedením nepravdy. Bájeví lhavost slouží k uspokojení potřeb, které není možné uspokojit žádnými jinými prostředky a nejedná se u ní o poruchu chování.

Lež je hodnocena z několika hledisek, kterými jsou frekvence lhaní, osoba, které je lháno, a účel použití lži. Mezi vrstevníky je lhaní autoritám ceněno vysoko a je jakýmsi protestem proti nim. Ve školách bývá lhaní více tolerováno než ostatní formy poruch chování, protože není považováno za takové riziko (Vágnerová, 2005).

Lhaní se týká převážně úzkého okruhu lidí, ve kterém dítě žije, jedná se o rodinu, vychovatele nebo učitele ve škole. Často je důležitý kontext, ve kterém se lež objevuje, protože mnohdy dítě lže pouze proto, že se potřebuje zachránit z nepříznivé situace, která mu neumožní jiný způsob jednání. Setkáváme se s několika druhy lhaní, jako je zapírání, vymlouvání, svádění něčeho na jiného a podvodem ve vlastní prospěch (Matějček, 2011).

Není snaha lhaní trestat, ale učinit je pro dítě zbytečným, čehož můžeme dosáhnout pomocí našeho chování, které není tolik zaměřené na nalezení viníka a pravdy, ale na dítě a jeho potřeby (Matějček, 2011).

3.1.2 Záškoláctví, útěky a toulání

Všeobecně jde o únik z nepříjemného prostředí, kterým může být škola, domov, nebo výchovný ústav. Potřeba úniku je motivována několika faktory a podle toho lze rozlišit záškoláctví, útěky z domova, které mohou být reaktivní impulzivní nebo chronické, a toulání.

Záškoláctví je spojeno se školou. Jedná se o nutnost uniknout ze školy z důvodu špatného prospěchu, šikany nebo z prostředí, které se zdá dítěti nebezpečné. Je třeba zjistit jaké má záškoláctví důvody a jaká je jeho frekvence. U fobie ze školy nebo u strachu ze šikany se nejedná o poruchu chování, ale o potřebu vymanit se ze špatného vlivu okolí. Nejprve se může jednat o zameškané hodiny, poté dny a týdny, které unikají pozornosti rodičů, přestože je snaha školy je o tomto faktu informovat.

Útěky z domova lze rozdělit na dvě kategorie, jednou je impulzivní jednání a druhou je útěk z domova, který je předem dobře naplánován. Impulzivní, zkratkovité útěky se objevují při nějakém průšvihy, ať už ve škole nebo doma, a strachu z trestu, který by mohl následovat. Zpravidla se dítě nevyskytuje daleko od domova a jedná se o jednorázovou akci, která po odeznění problému skončí a dítě se vrací zpátky domů. U chronických útěků, které jsou předem plánovány, je potřeba vyhnout se každodenním situacím doma, které dítě zúzkostňují, jako je domácí násilí nebo zneužívání, nebo například útěky z dětských domovů, které dítě subjektivně omezují na svobodě. Obvykle se dítě uchýlí k někomu, koho zná, jako je druhý rodič, prarodiče a podobně.

Toulky navazují na útěky z domova a jsou únikem z tíživé situace, kdy je pro dítě každá možnost lepší než setrvávání doma. Děti se neuchylují k příbuzným ale potulují se po městě nebo okolí. S toulkami je spojeno další rizikové chování jako jsou krádeže, prostituce a podobně.

3.1.3 Krádeže

Jedná se o porušení respektu k vlastnictví jiné osoby a je na pomezí neagresivního a agresivního jednání. U neagresivní formy jde pouze o úmyslné odcizení předmětu (přivlastnění předmětu malým dítětem, které ještě nemá rozvinuté normy správného chování se nepovažuje za poruchu chování) a u agresivní formy se jedná o odcizení předmětu za pomoci agresivního chování, jedná se tedy o loupež nebo přepadení. Motivace ke krádeži lze podle Vágnerové (2008) rozdělit do čtyř skupin. První je krádež pro sebe, kdy dítě krade pro uspokojení svých potřeb jídlo, pití a předměty, kterých jinak nemůže dosáhnout legální cestou. Druhou variantou je krádež pro druhého, která se děje za účelem zapadnutí do skupiny vrstevníků. Krádeží lze demonstrovat svoje kompetence a upevnit pozice ve vrstevnické

skupině. Poslední motivací ke krádežím je parta, kde jsou krádeže dány normami, které parta uznává, a jejich neuposlechnutí vede k trestu.

3.2 Agresivní poruchy chování

Tyto poruchy se vyznačují potřebou dosáhnout nějakého cíle za použití agresivity. Někdy je samotný cíl zaměřen agresivně, jako je například týrání spolužáka, která agresorovi přináší potěšení.

3.2.1 Šikana

Šikana se projevuje jako „*násilně ponižující chování jednotlivce nebo skupiny vůči slabšímu jedinci, který nemůže ze situace uniknout a není schopen se účinně bránit*“ (Vágnerová, 2008, s. 798). Agresor je fyzicky nebo psychicky zdatný, necitlivý a bezohledný. Projevoval se agresivně již dříve a jeho školní prospěch bývá podprůměrný. Dalšími znaky v anamnéze jsou agresivní projevy v rodině a řešení problémů pomocí agresivního chování, protože dítě jinou možnost řešení nezažilo. Oběti bývají plaché děti s nízkým sebevědomím, často bývají obézní nebo jsou příslušníky nižší sociální vrstvy nebo etnika.

Zvýšená agresivita se objevuje díky pocitu agresorovi nepostižitelnosti, který pramení z faktu, že šikanovaná oběť nebude mít tolik síly, aby se snažila problém vyřešit s učiteli a proto se děje mnoho případů šikany bez povšimnutí okolí. Vztah ostatních dětí k obětem šikany je ambivalentní, protože jimi jsou neoblíbení jedinci, o které se nikdo nezajímá a přestože se o šikaně mezi spolužáky ví, není řešena z důvodu strachu před agresorem nebo nedostatečné motivaci pomoci člověku, kterého vlastně ani moc neznají.

Šikanu lze rozdělit do tří kategorií, kdy první je myšleno fyzické násilí a ponižování, druhou kategorií je psychické ponižování a vydírání a třetí ničení majetku oběti. Důsledkem šikany může být ublížení na zdraví, deprese, úzkostnost a zakotvení pocitu, že se proti ní nedá nijak bránit (Vágnerová, 2008).

3.2.2 Vandalismus

Vandalismus lze charakterizovat jako „*ničení a poškozování, které se jeví neúčelné a nesmyslné, protože zdánlivě nepřináší žádný užitek ani samotnému aktérovi*“ (Vágnerová, 2005, s. 169). Děje se jako impulzivní chování často posílené vlivem vrstevníků a později se objevuje i jako cílená činnost zaměřená na vybití energie. Cílový objekt ničení může být

motivován nechtí k vlastníkovu nebo instituci jakou je škola, nebo je pouze vyjádřením protestu a upozorněním na sebe.

Projevem vandalizmu u dospívajících bývají graffiti, které jsou projevem negace hodnot společnosti a porušením norem. Graffiti se nemají okolí líbit, ale jejich účelem je, aby šokovaly a upozornily na porušení pravidel, kterého se dospívající dopustil (Vágnerová, 2005).

4 CHARAKTERISTIKA DĚTSKÝCH DOMOVŮ

Podle zákona č. 109/2002 Sb. o výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních se rozděluje ústavní a ochranná výchova na diagnostické ústavy, dětské domovy, dětské domovy se školou a výchovné ústavy pro mládež (Pilař, In Jedlička et kol., 2004). Zařízení se mohou lišit ve složení dětí podle věku, mentální úrovně, obtížnosti výchovy, pohlaví apod.

V této práci se zaměřím hlavně na dětské domovy. Jsou zřizovány Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy nebo soukromým subjektem a zpravidla sdružují dvě až šest jednotek, které suplují rodinu a snaží se nahradit rodinný život. Výjimku z počtu skupin v dětském domově uděluje MŠMT (Pilař, In Jedlička et kol., 2004)

Do ústavní výchovy jsou děti svěřovány soudem v občanskoprávním řízení a děje se tomu poté, co byly vyčerpány další výchovné možnosti, kterými jsou dohled nad výchovou nebo svěřením dítěte do péče jiné osoby, nebo pokud je to v zájmu dítěte, může soud nařídit ústavní výchovu i bez předešlých pokusů o výchovu v rodinně. Ústavní výchova může být nařízena i v případě, že jeden rodič pracuje v cizině a druhý je hospitalizován a není nikdo jiný, kdo by se o nezletilé dítě mohl postarat. Ústavní výchova se nařizuje na dobu neurčitou a její trvání je dáno dobou, po kterou trvá důvod jejího nařízení.

Mezi ústavem a klientem je sepsávána smlouva, která určuje jejich práva a povinnosti a sankce za jejich nedodržení. Upravuje mimo jiné styk s příbuznými a další podmínky výchovy. Úkolem dětského domova je zajistit všestrannou výchovnou, sociální a materiální péči. Je snaha umisťovat do dětských domovů co nejméně dětí a to až po vyčerpání dalších možností, jako je osvojení nebo pěstounská péče, protože velké společenství nikdy nemůže zcela nahradit základní jednotku, kterou je rodina (Švancar, Buriánová, 1988).

Škovier (2007) položil ve své knize Dilemata náhradní výchovy na otázku, jestli je lepší umisťovat děti do dětských domovů i přesto, že jako instituce nemohou nikdy plně nahradit rodinu a že se objevují různé další problémy, které ústavní výchovu doprovázejí. Na druhou stranu upozorňuje na to, že ponecháním dítěte v disfunkční rodině může dojít k jeho patologickému vývoji a s tím spojeným dalším problémům.

4.1 Charakteristika dětí v dětských domovech

Mladší školní věk sebou nese rozvoj dítěte po stránce myšlení, nedochází již k takovým změnám tělesným, ale objevuje se zvědavost na podněty a potřeba naučit se novým

věcem. Do rozvoje myšlení je zapojena i škola a rodina. Děti se učí nové básničky a poznatky ze školy a je potřeba je v tom podporovat doma, v čemž může být úskalí, protože děti, které vyrůstají v rodině s nějakou patologií, jsou zaostalé a nerozvíjejí se podle normálního schématu. Proto je potřeba zaměřit se na ně a pomoci jim s výchovou jinou formou než v rodinně.

Střední školní je označován jako puberta, objevují se velké změny tělesných proporcí, kritické nahlížení na svět a hodnocení okolí. Rozvíjí se intelekt a je třeba s pubescentem pracovat individuálně, aby mohlo dojít k rozvinutí jeho schopností nutných pro další život. Starší školní věk dokončuje etapu, kterou začal jedinec již v pubertě, dotváří si svoje hodnoty a postoje a díky kritičnosti se snaží na svět nahlížet z jiného úhlu.

Děti v dětských domovech mohou být emocionálně a sociálně narušené a řada z nich si prošla ohrožením v podobě užívání alkoholu nebo návykové látky matkou v těhotenství a dalšími traumaty, které je po narození doprovázela a na které se musely adaptovat. Děti v dětských domovech jsou zužováni deprivacním syndromem, který je dán střídáním personálu a nemožností dítěte se na někoho upnout a prožívat s ním vše, co v danou chvíli potřebuje. V dětských domovech není dostatek personálu, který by se mohl dětem plně věnovat. Péče se jim může dostat při komunikaci s matkou nebo jiným příbuzným a toto kolísání pozornosti na dítě může být velmi deprimující.

Děti mohou působit jako méně nadané nebo pomalejší v rozvoji, jsou úzkostné a bojácné a neudrží hluboké vztahy k lidem, jejich vztah je velmi přelétavý.

4.2 Rizika ústavní péče

Problémem dlouhodobého pobytu v jakémkoliv ústavu je „hospitalismus“, který znemožňuje dětem žijícím v umělém prostředí adaptaci na okolní svět a velice jim ztěžuje zapadnutí do normálního života po opuštění ústavní výchovy. Dospělé děti mají problém s adaptací na normální život a začleněním do fungování běžných denních věcí.

Dalším rizikem prostor, kde se vyskytuje více lidí najednou, je šikana. Šikana se objevuje převážně v ústavech, kde jsou jasně dány pozice velitele a podřízeného, jako je tomu ve věznicích nebo v nápravných ústavech. V samotných dětských domovech se nevyskytuje s takovou frekvencí (Matoušek, 1999).

5 PRIMÁRNÍ PREVENCE

Primární prevence rizikového chování je chápána jako školská prevence, zdravotnická prevence a prevence kriminality. Všechny prevence se navzájem prolínají a jsou prováděny několika odborníky z řad pedagogů, psychologů, sociologů nebo doktorů. Cílem primární prevence je zmírnit dopady rizikového chování na jednotlivce i jejich okolí a snaha zavádět takové intervence, které budou mít efektivní dopad. Intervence, které jsou poskytovány, by měly předcházet výskytu rizikového chování, zamezit jeho další progresi, zmírnit již existující formy rizikového chování a pomoci řešit jeho důsledky (Miovský et kol., 2010).

Na rozdíl od sekundární a terciální prevence, která předpokládá rozvoj nemoci z definice zdraví WHO: „*Zdraví je stav tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo vady*“ (Bém, Kalina in Kalina et kol., 2003, s. 276), se primární prevence zaměřuje na to, aby nedošlo k rozvoji nemoci vůbec nedošlo. Jejím cílem je odradit potenciálního spotřebitele drog od jejich užití a zmírnit experimentování s nimi a tím přispět k odmítavému postoji k drogám. Snaží se lidi ovlivnit v několika oblastech, kterými jsou snížení poptávky po drogách, nebo alespoň oddálení jejich užití do pozdějšího věku a povědomí o drogách (zvyšování kompetencí a znalostí o drogové problematice, možnost vybrat si vlastní postoje a chování ohledně užívání drog a poskytování podpory v udržování postojů vedoucích k odmítavému postoji vůči drogám). Užívání drog není selháním morálním, ale zdravotním a je třeba k němu tak i přistupovat, není cílem zatracovat uživatele drog, kteří se mohou pro dospívající mládež stát negativními hrdiny, kteří se vymkli společenským normám a které je třeba následovat, aby se dospívající vymanili z područí autorit a jejich norem. Není ale ani dobré je pozitivně diskriminovat, protože tak by se mohlo stát, že bude na drogy pohlíženo jako na zanedbatelný problém. Je třeba porozumět motivaci užívání drog a pracovat s lidmi individuálně na primárních problémech (Bém, Kalina in Kalina et kol., 2003).

Primární prevenci lze dělit na specifickou a nespecifickou primární prevenci. **Nespecifická primární prevence** zahrnuje všechny činnosti, které podporují zdravý životní styl a které zamezují patologickému chování. Patří sem volnočasové aktivity, zájmové a sportovní aktivity a podobně. **Specifická primární prevence** je zaměřena na konkrétní formu rizikového chování. Respektuje potřeby skupiny a je nutné, aby o nich získala informace. Je třeba vědět jaké materiálně-technické zabezpečení bude potřeba a program musí navazovat na širší systém preventivního působení. Cílem specifické prevence je zamezit výraznějšímu rizikovému chování nebo alespoň oddálit rizikové chování na co nejpozdější dobu a

motivovat jedince s již rozvinutým rizikovým chováním, aby od něho upustili nebo alespoň aby jej nekonali v takové míře. Pokud se nám nepodaří naplnit předchozí požadavky je třeba u silně rozvinutého rizikového chování snížit jeho rizika na co nejnižší hranici. Specifickou prevenci lze rozdělit do tří programů, které se od sebe odlišují intenzitou, nástroji a úrovní zapojení cílové skupiny. Všeobecná primární prevence zahrnuje běžnou populaci dětí s ohledem na jejich věk a může být vykonávána ve větších skupinách. Selektivní primární prevence je zaměřena na osoby, kde by se mohlo rizikové chování objevovat ve větší míře a pracuje se obvykle s menší skupinou. U indikované primární prevence se pracuje s jedinci, kteří jsou přímo vystaveni nějakému rizikovému faktoru nebo se u nich už rizikové chování objevilo (Miovský et kol., 2010).

5.1 Cílová skupina primárněpreventivních programů

Jedním ze základních požadavků při tvorbě primárněpreventivních programů je definice cílové skupiny, protože každý program je určen pro někoho konkrétního a bude-li aplikován na jiné cílové skupině nebude mít takové výsledky jako u skupiny, pro kterou byl připraven. Je zde několik možných kritérií podle kterých lze cílovou skupinu definovat, jedná se o věk, vzdělání, sociální skupinu, projevy rizikového chování, profese nebo místo (diskotéka, bary...).

U věku se bere v potaz pět skupin a to děti předškolní, mladší školní věk, střední školní věk, mládež a mladí dospělí. Bereme-li hledisko náročnosti, je třeba se zaměřit hlavně na zdravotní a sociální zátěž skupiny, protože jiným způsobem se bude pracovat s dětmi na běžné základní škole nebo s etnickými minoritami a přistěhovalci. Dále se u náročnosti hodnotí, zda daná populace byla již nepříznivým jevem zasažena či nikoliv.

Institucionální kritérium hodnotí zařazení do nějaké instituce a její vliv na jedince a rizikovost prostředí jako takové. Nejsnadněji dostupnou skupinou jsou, díky síti škol a struktuře výuky, žáci základních a středních škol. U studentů vysokých škol se musí počítat s vyšším intelektem a programy jsou pro ně mnohem omezenější než pro žáky na základní a střední škole. Specifickou skupinou jsou děti v zařízeních ústavní péče, kde je velmi dobrá dostupnost a možnost realizace preventivních programů, zároveň se zde ale vyskytuje rizikové chování více než v běžné populaci. Další velmi ohroženou skupinou jsou mladí lidé do 26 let, kteří nemají žádné zaměstnání a jsou tedy vystaveni rizikovému chování mnohem více než jejich vrstevníci na vysokých školách nebo zaměstnaní jedinci. Poslední skupinou

jsou rizikové profese mezi něž patří pomáhající profese, zdravotnický personál nebo pracovníci v sociálních službách (Miovský et kol., 2010).

5.2 Školská primární prevence

Školská primární prevence představuje největší skupinu, co do počtu dětí, kteří prevencí projdou. Je zaštitěna Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy a organizována na základních a středních školách. Problémy, které se v primární prevenci řeší nejsou pouze záležitost MŠMT, ale zasahují i do resortu Ministerstva vnitra, Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva obrany nebo Ministerstva práce a sociálních věcí.

MŠMT koordinuje práci krajských školských koordinátorů prevence, metodiků prevence z pedagogicko-psychologických poraden, a školních metodiků prevence, kterými jsou samotní učitelé na základních a středních školách.

Školní metodik prevence je vybrán z řad učitelů na dané škole a jeho úkolem je vykonávat činnost metodickou, koordinační, informační a poradenskou. Požadovaným předpokladem pro výkon funkce školního metodika prevence je statut pedagogického pracovníka a absolvování studia k výkonu specializované činnosti v oblasti prevence sociálně patologických jevů. Je třeba, aby měl odpovídající zázemí, kde může vést se svými žáky konzultace a kde může skladovat materiál podléhající zákonu o ochraně osobních údajů, kterým jsou zápisy z konzultací a další záznamy o žákovi nebo jeho rodině (Miovský et kol., 2010).

5.2.1 Minimální preventivní program školy

Školní preventivní program školy je součástí vyučování a je zařazen do školního vzdělávacího programu. Program musí podporovat zdravý životní styl a prevenci rizikového chování a měl by být připraven na míru pro jednotlivou školu v závislosti na prostředí, místě školy a jejich žácích.

Minimální preventivní program je konkrétní program dané školy založený na individuálních požadavcích okolí a složení žáků. Na programu se podílí a koordinuje jej školní metodik prevence a probíhá po jeden školní rok, je třeba, aby se jej zúčastnil další pedagogický i nepedagogický personál školy.

Kritéria podle kterých je Minimální preventivní program školy zpracováván záleží na několika hlediscích. Prvním hlediskem je charakteristika školy (venkovská, městská, sídlištní), její riziková místa, vnitřní a vnější zdroje, monitoring jednotlivých tříd. Vnější zdroje mapují okolní instituce a odborníky, kteří by mohli být svojí činností jakkoliv

nápomocni pro realizaci preventivního programu. Dalším krokem je vytvoření cílů podle základních charakteristik, které jsme si zhodnotili. Aktivitu, které jsou s dětmi prováděny by měly začít co nejdříve v odpovídajícím věku žáků. Program by měl být interaktivní a měl by zahrnovat všechny žáky (Skácelová, 2010).

5.3 Prevence v ústavní výchově

Na péči o děti umístěné v ústavní výchově se podílejí diagnostické ústavy pro děti a mládež, dětské domovy se školou, výchovné ústavy, dětské domovy a střediska výchovné péče. V ústavních zařízeních se realizuje prevence primární (specifická i nespecifická), sekundární i terciální. Je zde vytvořen minimální preventivní program pro jednotlivá zařízení, ale není k dispozici rámec, který by mohl program podpořit na celostátní úrovni. Preventivní práce se zaměřuje hlavně na výchovné, vzdělávací, léčebné a sociální cíle (Doležalová, 2010).

6 CÍLE VÝZKUMU

Cílem výzkumu je zjistit, do jaké míry jsou děti z dětských domovů ve Středočeském kraji ohroženi rizikovým chováním a jaké mají zkušenosti s legálními i nelegálními drogami. A porovnání jejich výsledků s výsledky ze studie ESPAD z roku 2007.

6.1 Výzkumné otázky

Jsou děti z dětských domovů ve Středočeském kraji více ohroženi rizikovým užíváním návykových látek ve srovnání s českými normami?

Budou mít děti vysoké skóre v jednotlivých oblastech osobnostních rysů zkoumaných pomocí dotazníku SURPS?

Budou hodnoty incidence a užívání návykových látek u dětí z dětských domovů vyšší než u dětí, které byly testovány v Evropské školní studii o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) v roce 2007?

Jaká je subjektivní dostupnost návykových látek pro děti v dětských domovech?

Jaké je riziko užívání návykových látek dle hodnocení dětí v dětských domovech?

7 ETICKÉ NORMY A PRAVIDLA VÝZKUMU

Ředitelé dětských domovů byli seznámeni s výzkumem a srozuměni s účelem sběru dat v jejich dětském domově, jejich vyhodnocení a způsobu ochrany osobních údajů. Byli poučeni o dobrovolnosti daného výzkumu i možnosti vypustit jednu z částí dotazníku, pokud s ní nebudou souhlasit. Po jejich odsouhlasení byl ředitelem dětského domova nebo jeho zástupcem podepsán informovaný souhlas v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů č. 101/2000 Sb.

Před vyplňováním samotných dotazníků byly poučeny i děti, které se budou daného dotazníkového šetření účastnit, o anonymitě dotazníků a o dobrovolnosti dotazníky vyplnit a možnosti kdykoliv od výzkumu odstoupit. Byli srozuměni s tím, co znamená, že jsou dotazníky anonymní a že jejich výsledky nebudou použity proti nim a ukázány vedení dětského domova nebo jeho pracovníkům.

Dotazníky nebyly poskytnuty k nahlédnutí ředitelů ani jiným pracovníkům dětských domovů, aby nedošlo k porušení anonymity účastníků. Výsledky mohou být poskytnuty dětským domovům teprve poté, co budou řádně zpracovány a vyhodnoceny za všechny dětské domovy současně a když už nebude možné určit, které výsledky pochází ze kterých dětských domovů nebo identifikovat jednotlivé účastníky výzkumu.

8 METODIKA VÝZKUMU

8.1 Metoda sběru dat

Zvolila jsem s kvantitativní výzkum, který byl realizován na základě dotazníku v dětských domovech ve Středočeském kraji, který byl rozdán dětem ve věku od 11 do 16 let a proběhl během měsíce června 2013.

Dotazník měl dvě části a to část A, kterou byl dotazník SURPS zaměřený na osobnostní rysy jedince, který je uveden v knize Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů. Část B byla zaměřena na užívání drog a jejich rizikovost a obsahovala vybrané otázky z dotazníku ESPAD. Otázky v části B byly rozděleny do několika kategorií a těmi byly možnosti dostupnosti alkoholu, cigaret a nelegálních drog, jejich škodlivost, dle názoru dotazovaného, na organismus. Další kategorie se týkaly samotného užívání návykových látek, jednalo se o četnost užití dané látky v životě, v posledních 12 měsících a v posledních 30 dnech a věk jejího prvního užití.

Po sestavení dotazníku jsem oslovila dětské domovy se žádostí o spolupráci na dotazníkovém šetření v dětských domovech ve Středočeském kraji a předložila jim dotazník a informovaný souhlas. Zároveň s tím jsem jim vysvětlila za jakým účelem bude výzkum prováděn a jaká jsou etická pravidla, která budu dodržovat.

Ve Středočeském kraji je 22 dětských domovů, ale pouze 18 vyhovovalo podmínkám, které jsem si určila. Ve čtyřech dětských domovech, se nacházely děti, které neodpovídaly požadavkům pro výzkum. V Dětské domově Slaný jsou umístěny děti s psychiatrickou diagnózou, v Dětské centru Stránčičce jsou pouze kojenci a batolata, v Dětském domově Sedlec-Prčice-Představlky jsou děti s mentálním postižením a v Dětském domově Milovice jsou děti do šesti let věku. Ze zbylých 18 dětských domovů se mnou navázalo spolupráci pouze pět z nich a jimi byly Dětský domov Zruč nad Sázavou, Kralupy nad Vltavou, Ledce, Benešov a Pyšely. V ostatních dětských domovech jsem po vysvětlení účelu dotazníkového šetření byla odmítnuta. Jako důvody mi ředitelé dětských domovů uvedli nesouhlas s dotazníkem týkajícím se rizikového chování a drog a značnou zátěž jejich dětí, kterým jsou různé dotazníky rozdávány každý měsíc. V dětském domově Dubenec souhlasil pan ředitel s testováním, ale po optání se dětí musel výzkum zamítnout, protože děti z jeho dětského domova se nechtěly zúčastnit dotazníkové šetření týkajícího se drogové problematiky a rizikového chování a on jejich rozhodnutí respektoval.

Samotný výzkum probíhal v domluveném čase v místnosti, kde měly děti klid na zpracování dotazníků. Před vyplňováním jim byl vysvětlen jejich účel a dobrovolnost vyplnění. Vyplnění dotazníku zabralo respondentům asi 20 minut. Ti kteří na něj potřebovali více času jej dostali, pokud to alespoň trochu dovolil harmonogram dětského domova.

8.1.1 Dotazník SURPS

Dotazník SURPS představuje ucelenou metodu, kterou lze měřit čtyři rysy chování, kterými jsou negativní myšlení, přecitlivělost, vyhledávání vzrušujících zážitků a impulzivita. Tyto kategorie jsou spojeny s problematickým chováním a mohou vést k užívání a zneužívání alkoholu a nelegálních látek. Dotazník je součástí metody PREVenture, kterou vytvořila Conrod, a je zařazena do indikované prevence. Dotazník je tvořen 23 otázkami, které jsou hodnoceny body od 1 do 4, které odpovídají na míru souhlasu s danou otázkou. Rozhodně nesouhlasím je hodnoceno 1, nesouhlasím 2, souhlasím 3 a rozhodně souhlasím 4 (Dolejš, Miovský, Řehan, 2012).

Negativní myšlení

U negativního myšlení se objevuje pocit, že nic nemá smysl, nic v životě jedince se nepovede, a může vést až k sebepoškozování a suicidálním pokusům i dokonaným sebevraždám. Z hlediska negativního myšlení mají jedinci, u kterých se vyskytuje vysoké skóre, tendenci užívat alkohol, léky na uklidnění, antidepresiva a podobně jako sebededikaci. Jedinci mající vysoké hodnoty u negativního myšlení trpí potížemi se spánkem, změnou tělesné hmotnosti, únavou, tíhou ve svalech, neklidem nebo nedostatkem energie. Subškála zahrnuje největší počet položek tedy celkem sedm a je hodnocena body od 7 do 28.

Subškála představuje tyto položky:

Položka 1: Jsem spokojený/á.

Položka 4: Jsem šťastný/á.

Položka 7: Věřím, že mám před sebou slibnou budoucnost.

Položka 13: Jsem hrdý/á na to, co jsem dokázal/a.

Položka 17: Mám pocit, že nejsem úspěšný/á.

Položka 20: Cítím se příjemně.

Položka 23: Do budoucna hledím s velkým nadšením.

Šest z nich má obrácenou hodnotu než je hodnota, kterou respondenti zaškrťávají, jedná se o otázky číslo 1,4,7,13,20,23. Položka 17 má stejnou hodnotu jako je uvedeno v dotazníku. Z možných získaných bodů se objevuje nejvíce hodnota 14 a 88,29 % žáků běžné populace je v první polovině hodnocení (Dolejš, Miovský, Řehan, 2012).

Přecitlivělost

Přecitlivělost lze charakterizovat jako strach a přehnaná reakce na pocity úzkosti. Aby se jedinec těmto nepříjemným pocitům vyhnul inklinuje k jejich zvládnutí pomocí alkoholu nebo návykových látek a to hlavně sedativ. Lidé na sobě mohou pozorovat bušení srdce a bolest hlavy, napětí ve svalech, pocení a rozechvělost, potíže s dýcháním nebo žaludeční nevolnost. Subškála je hodnocena na pěti otázkách, ze kterých může dotazovaný získat od 5 do 20 bodů. A jejich hodnota odpovídá číselné hodnotě v dotazníku. Průměrnou hodnotou je 11,8 bodů a 60,87% běžné populace se pohybuje v první polovině.

Subškála zahrnuje tyto položky:

Položka 8: Pocit závratí či omdlení mi nahání hrůzu.

Položka 10: Děsí mě, když cítím, že se mi mění srdeční tep.

Položka 14: Když jsem hodně nervózní, dostávám strach.

Položka 18: Dostávám strach, když zažívám neobvyklé tělesné pocity a vjemy

Položka 21: Děsí mě, když nejsem schopen/schopna se soustředit na to, co mám dělat (Dolejš, Miovský, Řehan, 2012).

Impulzivita

Implulzivita je nerozvážené, reflexivní jednání, které je provázeno okamžitou akcí bez zábran ale při plném vědomí. S impulzivitou je spojeno nekontrolované užívání alkoholu nebo nelegálních drog, které nemá nic společného s přecitlivělostí, negativním myšlením nebo vyhledáváním vzrušujících zážitků. Projevem impulzivity je nával adrenalinu, zrychlený tep, brnění v rukou a nohou, zarudnutí v obličeji a zatřásání prsty, povrchné dýchání, napětí a třes.

Subškála obsahuje tyto položky:

Položka 2: Často něco řeknu dřív, než si to rozmyslím.

Položka 5: Často se dostávám do situací, kterých později lituji.

Položka 11: Obvykle jednám, aniž bych se před tím zamyslel/a.

Položka 15: Jsem celkově impulzivní člověk.

Položka 22: Mám pocit, že se musím chovat manipulativně, abych dosáhl/a toho, co chci.

V hodnocení je možné získat 5 – 20 bodů a 79,4% běžné populace se nachází v rozmezí od 11 do 15 bodů (Dolejš, Miovský, Řehan, 2012).

Vyhledávání vzrušení

Vyhledávání vzrušení zahrnuje aktivity, které zvyšují podráždění a vzrušení a jsou spojeny s představou nebezpečí. Užívání návykových látek se děje z důvodu hledání nového vzrušujícího zážitku. Může se projevovat zrychleným tepem, pocením, neklidem a povrchním dýcháním. V subškále je možné získat bodové hodnoty od 6 do 24 bodů.

Subškála zahrnuje tyto položky:

Položka 3: Chtěl/a bych skákat padákem.

Položka 6: Užívám si nové a vzrušující zážitky, i když jsou nekonvenční.

Položka 9: Rád/a dělám věci, které mi trochu nahánějí hrůzu.

Položka 12: Rád/a bych se naučil/a řídit motocykl.

Položka 16: Jde mi zážitek jako takový, i když je to něco nezákonného.

Položka 19: Líbilo by se mi dělat dlouhé túry v drsné a neobydlené krajině (Dolejš, Miovský, Řehan, 2012).

Při vyplňování dotazníku jsem se setkala s několika problémy. Děti nechápaly význam jednotlivých slov jako je nekonvenční, manipulativní nebo impulzivní, které jim musely být vysvětleny. A další komplikací bylo nepochopení rozdílu mezi souhlasím/nesouhlasím a rozhodně souhlasím/nesouhlasím.

8.1.2 Studie ESPAD

Užívání nelegálních drog, ale i kouření nebo užívání alkoholu jsou spojeny s nežádoucími sociálními vlivy a zdravotními jevy společnosti. Abychom mohli tvořit účinné preventivní programy, je třeba znát situaci mezi mladými lidmi a dospívajícími, jejich názory a postoje k drogám. Studie ESPAD je ucelená studie, která zkoumá pomocí dotazníku užívání jednotlivých látek a může pomoci k vytvoření obrázku o celkovém užívání u dospívajících.

Studie ESPAD byla poprvé realizována v roce 1995 ve 26 státech Evropy. Druhé šetření bylo provedeno v roce 1999 ve 30 státech Evropy, třetí šetření proběhlo v roce 2003 a posledního sběru dat se v 2007 účastilo 35 evropských států. Česká republika se zúčastnila již prvního šetření v roce 1995.

V roce 2007 byly dotazníky částečně upraveny, některé otázky byly zjednodušeny, ale mnoho jich zůstalo v původní podobě, byly přidány otázky o užívání alkoholu a marihuany a každá země si do svého dotazníku směla přidat několik otázek, které nebyly zohledněny v mezinárodním hodnocení dotazníků. Dotazník v České republice obsahuje 16 stran 52 otázek a po započtení všech podotázek je od respondentů získáno 214 odpovědí. Šetření se účastní vždy dospívající narození v konkrétním roce, což znamená že v době studie je jim 15 - 16 let. Studie probíhá díky věku respondentů v devátých třídách základních škol a v prvních ročnících středních škol a dotazníky vyplňují všichni studenti, pro hodnocení studie ESPAD z roku 2007 byly použity pouze dotazníky respondentů narozených v roce 1991 (Csémy, Chomynová, Sadílek, 2009).

8.2 Cílová populace a výběrový soubor

Cílovou skupinou, která byla do výzkumu zahrnuta, byly děti z dětských domovů ve Středočeském kraji, které splňují podmínky věku od 11 do 16 let (2.stupeň základní školy). Tento věk je vybrán díky dotazníku SURPS, který je určen právě pro děti v daném věku.

Do výzkumu byly zahrnuty i děti navštěvující střední školy, protože dotazník, který byl dětem předkládán měl dvě části a druhá zahrnovala vybrané otázky v dotazníku ESPAD, který je určen žáků a studentů v devátých třídách základní školy a v prvních ročnících střední školy.

Ve Středočeském kraji je 22 dětských domovů, ale pouze 18, které vyhovují požadavkům na studii. Ve zbylých čtyřech byly děti mladší, s psychiatrickou diagnózou nebo s mentálním postižením. Domovy byly postupně kontaktovány telefonicky a ředitelům dětských domovů bylo vysvětleno o jaký výzkum se jedná a zda jsou ochotni spolupracovat. Po jejich odsouhlasení s testováním jim byl zaslán dotazník, ke kterému se měli vyjádřit, zda s ním v této podobě souhlasí nebo nikoliv. Byla snaha získat ke spolupráci co nejvíce dětských domovů, aby výsledky, které z dotazníkového šetření vzejdou, měly co největší výpovědní hodnotu.

Bohužel ke spolupráci svolilo jenom 5 z nich a to dětský domov Zruč nad Sázavou, Ledce, Benešov, Pyšely a Kralupy nad Vltavou. V ostatních domovech nesouhlasili

s dotazníky na drogovou problematiku nebo nechtěli děti zatěžovat dalším dotazníkovým šetřením, protože jich mají každoročně několik. V Dubenci byly s dotazníkem seznámeny děti před testováním a jeho vyplnění odmítly.

Celkem mi odpovědělo 48 respondentů, z toho z dětského domova Kralupy nad Vltavou 15 respondentů, z toho 9 chlapců a 6 dívek, z dětského domova Ledce 11 respondentů, z toho 7 chlapců a 4 dívky, z dětského domova Zruč nad Sázavou 9 respondentů, z toho 1 chlapec a 8 dívek, z dětského domova v Benešově 6 respondentů, z toho 3 chlapci a 3 dívky a z dětského domova Pyšely 7 respondentů, z toho 3 chlapci a 4 dívky.

Tab. 1 Počet chlapců a dívek v jednotlivých dětských domovech

Dětský domov	Počet chlapců	Počet dívek	Celkem
Kralupy nad Vltavou	9	6	15
Ledce	7	4	11
Zruč nad Sázavou	1	8	9
Benešov	3	3	6
Pyšely	3	4	7

Co se týče věkového rozložení respondentů. Bylo ve věku 11 let 5 chlapců a 4 dívky, ve věku 12 let 3 chlapci a 1 dívka, ve věku 13 let 3 dívky, u 14letých respondentů byli 4 chlapci a 7 dívek, u 15letých 6 chlapců a 4 dívky a u 16letých 5 chlapců a 6 dívek. Věkový průměr chlapců je 13,09 let a dívek 13,80 let.

Tab. 2 Věkové rozložení chlapců a dívek

	11 let	12 let	13 let	14 let	15 let	16 let	Věkový průměr
Chlapci	5	3	0	4	6	5	13,09
Dívky	4	1	3	7	4	6	13,80

9 METODY ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZA DAT

Poté co byly dotazníky vyplněny respondenty byly spočítány jednotlivé hodnoty v části A: Dotazník SURPS a zaneseny do Excelu. Do Excelu byla data zanášena podle dětských domovů, kterým byly přiřazeny jednotlivé hodnoty a to pro dětský domov Benešov DD1, pro dětský domov Ledce DD2, pro dětský domov Zruč nad Sázavou DD3, pro dětský domov Kralupy nad Vltavou DD4 a pro dětský domov Pyšely DD5. Dětem byla přiřazena čísla od 1 do 48 s ke každému číslu byl uveden věk, pohlaví a jednotlivé bodové zisky z dotazníku SURPS.

Část B byla vyhodnocována podobným způsobem. Dětským domovům byla přiřazena hodnota DD1 – DD5, jednotlivým dětem byla přiřazena čísla od 1 do 48 a do tabulky byla zanesena data týkající se jejich věku a pohlaví. Jednotlivé odpovědi v části B získaly číselnou hodnotu a byly zapsány do tabulky. Po zaznamenání dat do tabulky byla vytvořena datová matice s jejíž pomocí byly následně výsledky jednotlivých otázek vyhodnoceny. Pomocí filtrů byly vybrány vždy pouze kategorie, které byly pro vyhodnocení otázky potřebné nebo ji nějakým způsobem charakterizovaly (věk, pohlaví, kouření...)

Poté co byla data zanesena do Excelu, byla vyhodnocena pomocí tabulek a grafů ve Wordu a byl k nim vytvořen podrobnější popis.

10 VÝSLEDKY

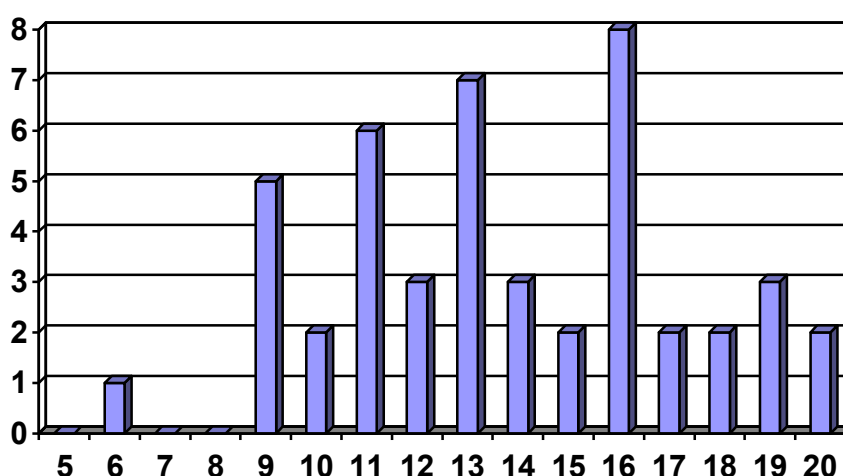
10.1 Přehled výsledků z části A: dotazník SURPS

Jako první výsledky uvedu výsledky z dotazníku SURPS, který hodnotí čtyři rysy osobnosti a podle výše získaných bodů v jednotlivých kategoriích, kterými jsou Přecitlivělost, Impulzivita, Vyhledávání vzrušení a Negativní myšlení, jsou jedinci ohroženi užíváním alkoholu nebo nelegálních návykových látek.

10.1.1 Přecitlivělost

U přecitlivělosti dochází ke značným úzkostem a strachu z banálních podnětů. Jedinci s vysokým skóre se spoléhají více na druhé než na sebe. Co se týče hodnocení, přecitlivělost je měřena v pěti otázkách a celkový počet bodů, které je možné získat za tuto kategorii se pohybuje od 5 do 20.

Graf č. 1: Četnost žáků v jednotlivých hodnotách u hodnocení přecitlivělosti



Graf ukazuje četnost dětí v jednotlivých bodových hodnotách u hodnocení přecitlivělosti. Nejvyšší zastoupení představuje hodnota 16, která je zastoupena 8 dětmi. Průměrně získaly děti hodnotu 13,48. Ve středním pásmu se s bodovým hodnocením 9 – 15 bodů vyskytuje 28 dětí, což je 58,3%. A v horním pásmu s body od 16 do 20 se pohybuje 17 dětí, což je 35,4%.

Při práci s dětmi s vysokým skóre u přecitlivělosti je třeba dbát na to, aby dítě mělo dostatek času na práci a aby se k výsledkům dostalo samo a nepodporovalo si tak přesvědčení

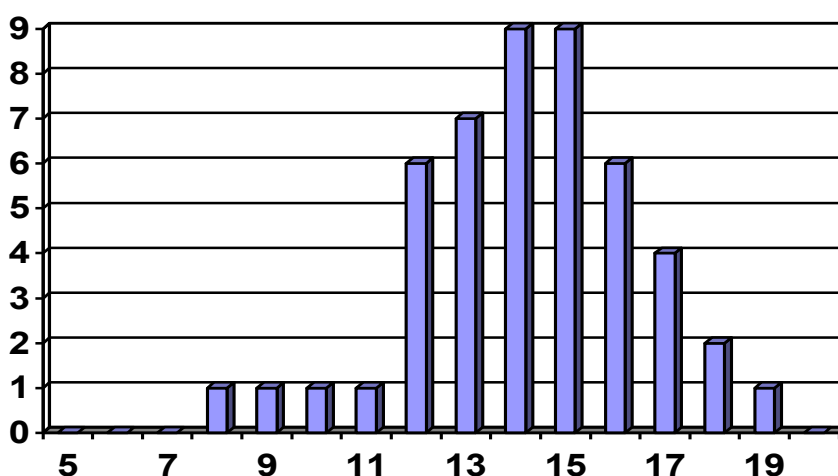
že potřebuje pomoci od druhých. Je třeba dítě nasměrovat správným směrem, ale nezasahovat do jeho samostatné práce (Čablová et. kol., 2011).

10.1.2 Impulzivita

Impulzivita se projevuje jako jednání bez rozmyslu, rizikové chování není tlumeno žádnými vnitřními regulátory. Což se ukazuje při užívání omamné látky a dosahování okamžité odměny. Proto naskytne-li příležitost k rizikovému chování, jedinec s vysokým skóre u impulzivity neváhá a užije například drogu. Objevuje se u nich roztěkanost a tendence unikat od problémů místo racionálního zvážení možností a hledání přijatelného řešení.

U hodnocení impulzivity je možné dosáhnout od 5 do 20 bodů a graf č. 2 ukazuje jednotlivé hodnoty, kterých dosáhly děti z dětských domovů. Nejvyšší zastoupení mají hodnoty 14 a 15 po 9 dětech a průměrná hodnota je 14,19. V dolním a středním pásmu od 5 to 15 bodů se pohybuje 35 dětí, což je 72,9% a v horním pásmu se pohybuje 13 dětí, což představuje 27,1%.

Graf č. 2: Četnost žáků v jednotlivých hodnotách u hodnocení impulzivity

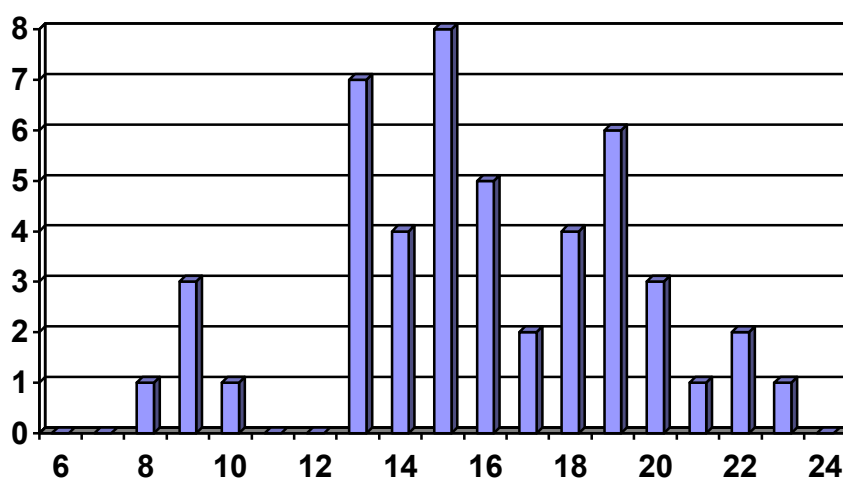


Při práci s dětmi v horním pásmu impulzivity je třeba nejprve zmapovat, jak jednaly dosud a jaké to pro ně mělo důsledky. Poté se jim vysvětlí, jak může vyvrcholit dlouhodobé odkládání řešení problémů, které jsou doposud řešeny pouze impulzivně, a hledají se společně možnosti, jakými by se dala jejich impulzivita zvládat (Čablová et. kol., 2011).

10.1.3 Vyhledávání vzrušujících zážitků

Vyhledávání vzrušujících zážitků je spojeno s činnostmi, které jsou doprovázeny novým a intenzivním prožitkem. Užívání alkoholu, drog a jiné rizikové chování vychází z pocitu nudy. Vyhledávání vzrušení je spojeno s pocením, neklidem a povrchním dýcháním. Děti mohou v hodnocení získat od 6 do 24 bodů. Graf č. 3 ukazuje rozložení dětí v jednotlivých bodových kategoriích.

Graf č. 3: Četnost žáků v jednotlivých hodnotách u hodnocení vyhledávání vzrušujících zážitků



U dětí dětských domovů se vyskytuje nejvíce hodnota 15 a to 8krát. Ve středním pásmu od 13 do 20 bodů se pohybuje 39 dětí, což je 81,3%. Body v horním pásmu získaly pouze 4 děti, což představuje 8,3% z celkového počtu dětí z dětských domovů. Průměrná hodnota u vyhledávání vzrušujících zážitků je 15,8 bodu.

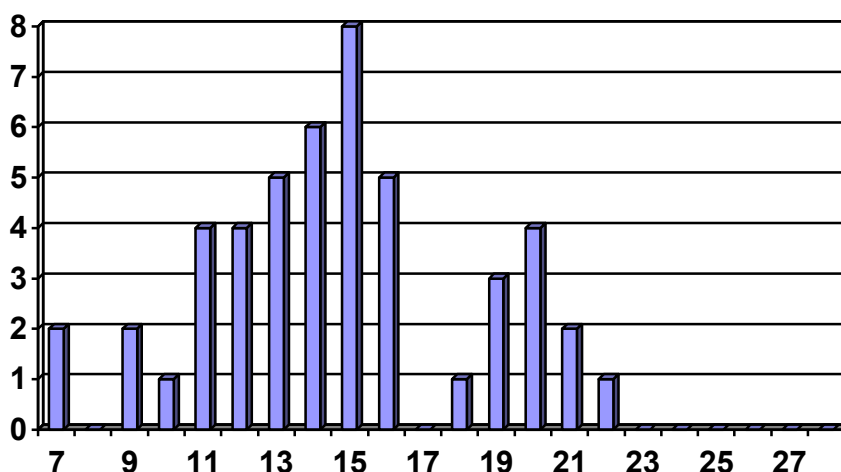
Při práci s dětmi je nejdříve potřeba definovat nudu a zjistit, jak byla dosud překonávána a jaké byly reakce. Poté se s dětmi proberou možnosti, jak řešit nudu nerizikovým způsobem a nabídnou se jim aktivity, které jsou pro ně dostupné časově, finančně a které by je uspokojovaly. V ideálním případě se s nimi na daná místa zajde a aktivity si děti vyzkouší, aby viděly, že je možné získat zajímavé zážitky i jinou formou, například v lanových centrech a podobně (Čablová et. kol., 2011).

10.1.4 Negativní myšlení

Negativní myšlení se projevuje hlavně u depresivních stavů a může vyústit až v pokus nebo dokonanou sebevraždu. Člověk se projevuje nedostatkem energie, únavou, pasivitou a

pocitem, že nemůže zažít žádné kladné emoce. U hodnocení negativního myšlení mohou respondenti získat od 7 do 28 bodů. Nejvyšší hodnota, která se u dětí objevuje je 15 a průměrně získaly děti 14,6 bodu. Ve středním pásmu od 11 do 17 bodů se pohybuje 33 dětí, což představuje 68,8% a v horním pásmu 10 dětí, což je 20,1%.

Graf č. 4: Četnost žáků v jednotlivých hodnotách u hodnocení negativního myšlení



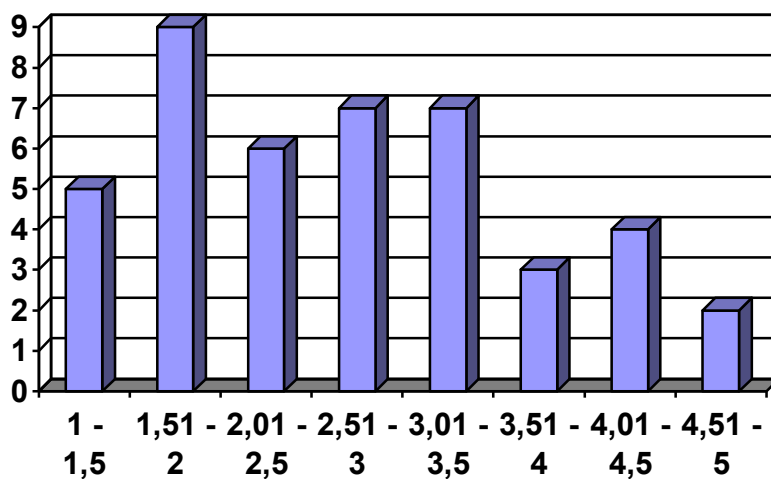
Při práci s dětmi v horním pásmu negativního myšlení se uplatňuje kognitivně behaviorální terapie a z ní prvky jako přeznačkování, dekatastrofizace nebo práce s automatickými negativními myšlenkami. Dále je třeba uvést postupy, jak pracovat s negativními myšlenkami a cestu ke změně (Čablová et. kol., 2011).

10.2 Přehled výsledků z části B: vybrané otázky z dotazníku ESPAD

Části B se zúčastnilo 48 dětí ve věku od 11 do 16 let a jejich odpovědi jsou vyhodnoceny v následujících grafech.

Na otázku o prospěchu na posledním vysvědčení odpovědělo 43 dětí a jejich prospěch se dle jejich odhadu pohybuje v rozmezí prospěchu dětí žijících v rodinách. Nejvíce dětí mělo prospěch asi 1,5 – 2 a 27 dětí mělo prospěch do průměru známek 3. 5 dětí na otázku o prospěchu neodpovědělo.

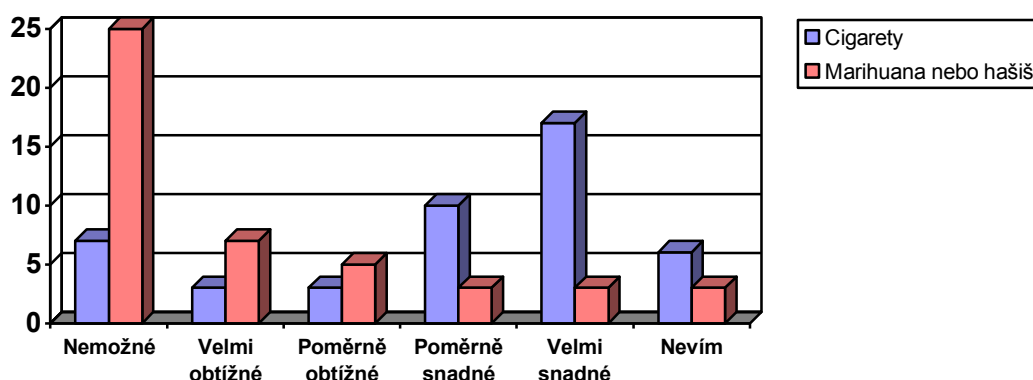
Graf č. 5: Prospěch dětí na posledním vysvědčení



10.2.1 Dostupnost a užívání alkoholu, cigaret a marihuany nebo hašiše

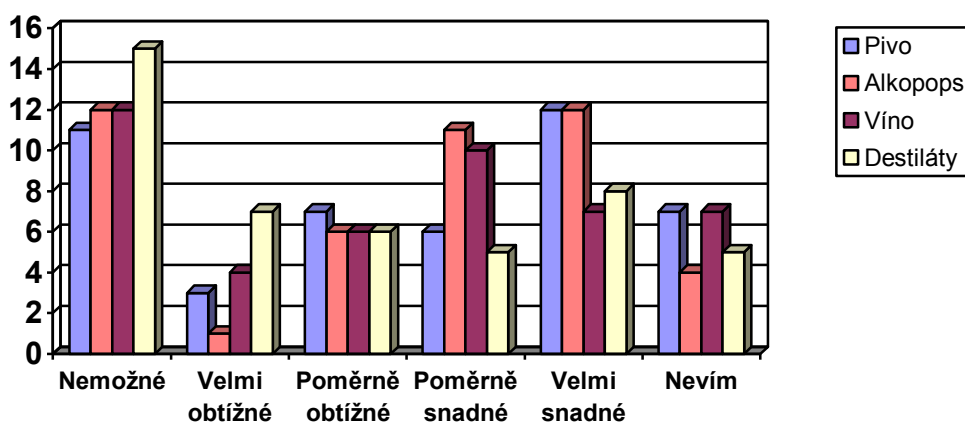
Další grafy se budou zabývat dostupností a užíváním alkoholu, cigaret a marihuany. Celkem bylo vyplněno 47 dotazníků, ale na některé otázky některé děti neodpověděly nebo označily více možností, čímž se odpověď stává neplatnou. Na otázky o dostupnosti odpovědělo 46 dětí. Graf č. 6 ukazuje subjektivní dostupnost cigaret a marihuany nebo hašiše, dle toho jak ji hodnotily samy děti. Z grafu je patrné, že sehnat cigarety je snadné pro 58,7% a nemožné pro 15,2% dětí. U marihuany se dostupnost pro děti snižuje, pro 54,3% je nemožné marihuanu jakýmkoliv způsobem získat a pouze pro 13% je to snadné. Porovnáme-li dostupnost dle věku, je pro 11 a 12leté velmi obtížné sehnat cigarety a nemožné sehnat marihuanu. U starších dětí je dostupnost cigaret poměrně snadná a marihuany obtížná.

Graf č. 6: Dostupnost cigaret a marihuany nebo hašiše



Graf č. 7 popisuje dostupnost alkoholických nápojů pro děti v dětských domovech a je vyhodnocen podle jednotlivých druhů alkoholických nápojů, kterými jsou pivo, alkopops (limonády s obsahem alkoholu), víno a destiláty. Pro 11 – 12leté je sehnání jakéhokoliv alkoholu velmi obtížné až nemožné, pro 13 a 14leté poměrně obtížné a pro 15 a 16leté snadné.

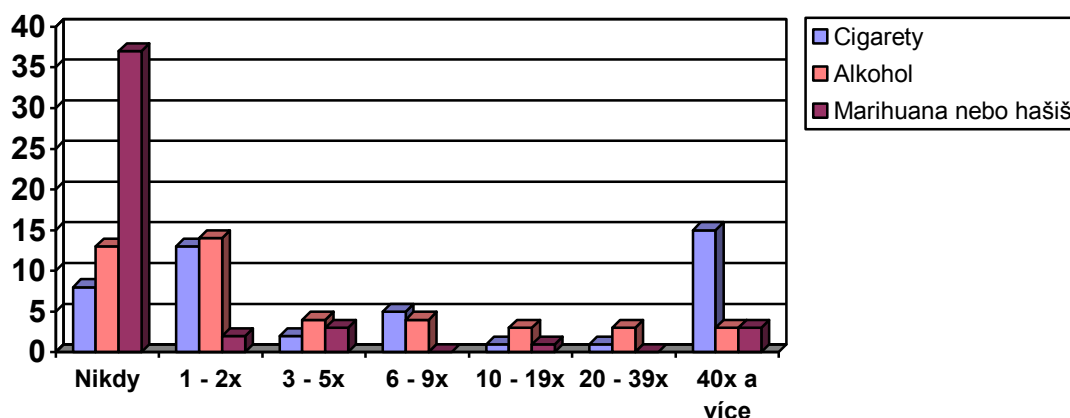
Graf č. 7: Dostupnost alkoholických nápojů



Další otázky se týkaly užití alkoholu, cigaret a marihuany nebo hašiše. První hodnotila celoživotní prevalenci v užívání těchto látek, druhá užití látky v posledním roce a třetí v posledním měsíci. Na otázku o užívání alkoholu, cigaret a marihuany nebo hašiše odpovědělo 46 respondentů. Graf č. 8 popisuje celoživotní prevalenci užívání alkoholu, cigaret a marihuany nebo hašiše. V prevalenci užití jsou na prvním místě cigarety, které

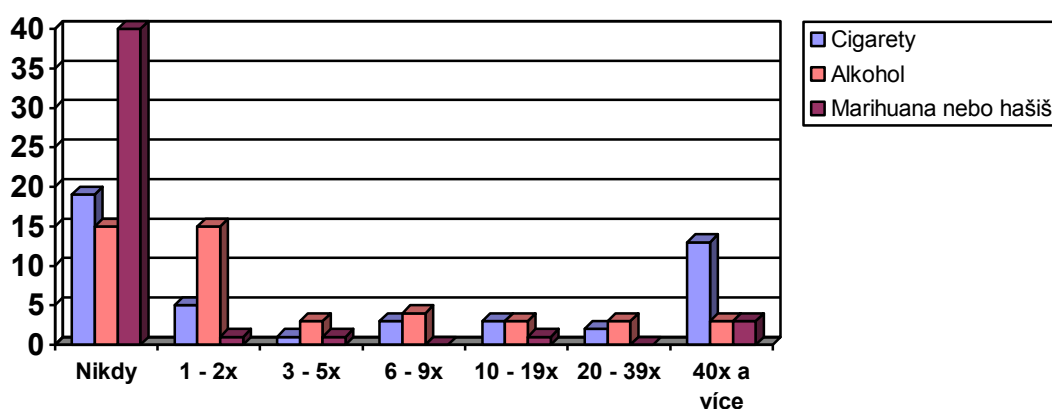
v životě vyzkoušelo alespoň jednou 82,6%, alkohol 71,7% a marihuanu nebo hašiš 19,6% dětí.

Graf č. 8: Celoživotní prevalence užívání alkoholu, cigaret a marihuany nebo hašiše



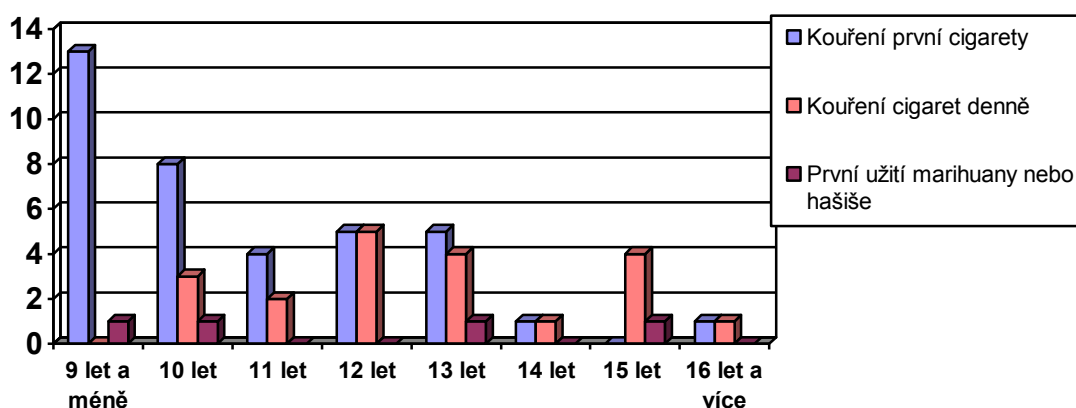
Graf č. 9 popisuje užívání alkoholu, cigaret a marihuany nebo hašiše v posledních 12 měsících. Je patrné že užívání marihuany nebo hašiše není tolik rozšíření jako kouření cigaret a pití alkoholu. Cigarety kouřilo v posledních 12 měsících 27 dětí, což představuje 58,7%, a alkohol užilo 67,4% . Marihuanu nebo hašiš užilo pouze 20,6% dětí. U užití látek za poslední měsíc jsou čísla podobná s tím rozdílem, že kouření cigaret bylo častější (50% dětí) než užívání alkoholu (26,1% dětí). Marihuanu kouřilo pouze jedno dítě.

Graf č. 9: Užití alkoholu, cigaret a marihuany nebo hašiše za posledních 12 měsíců



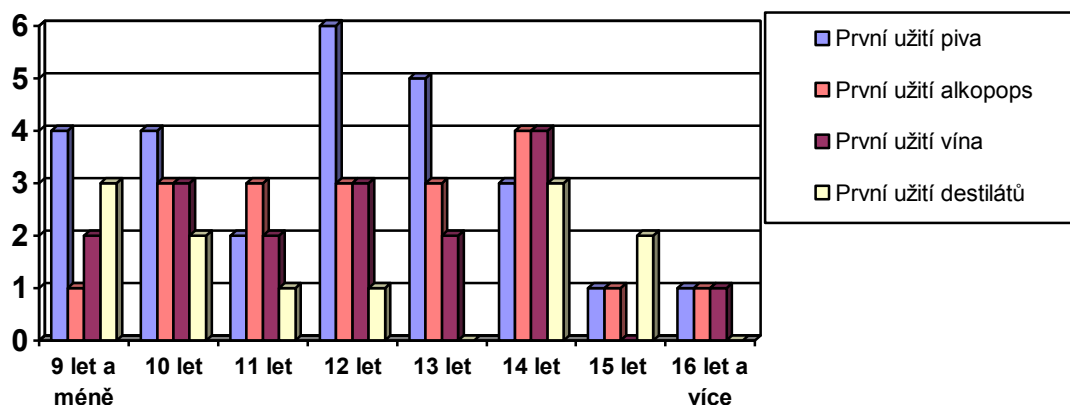
Poslední otázkou v části týkající se alkoholu, cigaret a marihuany nebo hašiše byla otázka na věk, ve kterém byla daná látka užita poprvé. Graf č. 10 ukazuje u dětí kolika letech kouřily cigarety poprvé, kdy denně a kdy poprvé užily marihuanu nebo hašiš. Nikdy nekouřilo cigarety 9 dětí a na otázku neodpovědělo 1 dítě, nikdy denně nekouřilo cigarety 27 dětí, nikdy neužilo marihuanu nebo hašiš 43 dětí.

Graf č. 10: První kouření cigarety nebo marihuany v životě, denní kouření



Graf č. 11 popisuje stejnou situaci u jednotlivých alkoholických nápojů. Pivo nikdy nepilo 19 dětí a 3 neodpověděly na otázku, alkopops nepilo 28 dětí, víno nepilo nikdy 30 dětí a destilát nikdy nepilo 35 dětí.

Graf č. 11: První užití jednotlivých druhů alkoholu

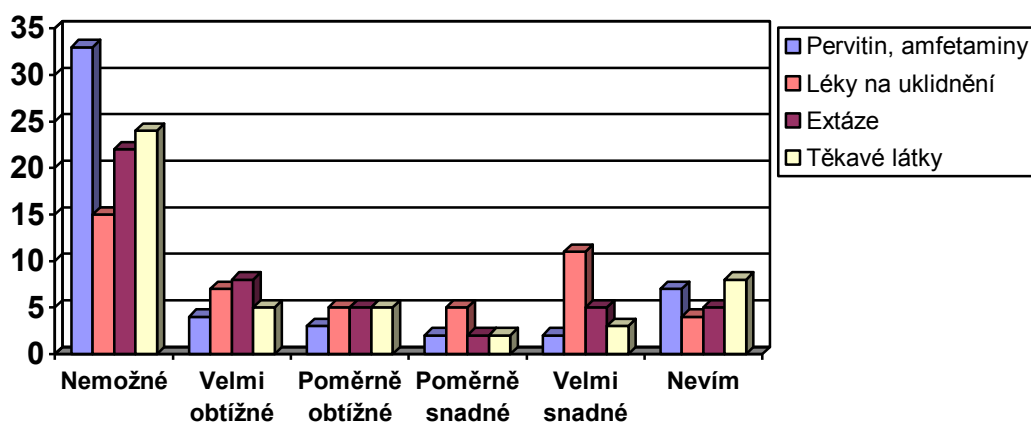


10.2.2 Dostupnost a užívání nelegálních látek

V další kapitole jsou grafy a výsledky o dostupnosti a užívání nelegálních návykových látek. Obdobně jako v předchozí kapitole se budu zabývat dostupností některých nelegálních látek pro děti z dětských domovů, jejich celoživotní prevalencí užití a věkem prvního užití. Celkem odpovědělo 47 respondentů, ale u některých otázek je jejich odpověď neplatná, protože neoznčili žádnou odpověď nebo označili více odpovědí najednou.

Graf č. 12 ukazuje dostupnost nelegálních látek pro děti z dětských domovů podle jejich subjektivního hodnocení. V otázce jsem se zaměřila pouze na pervitin a amfetaminy, léky na uklidnění, extáze a těkavé látky. Ve výsledcích vyšlo, že čím je věk respondentů nižší tím je subjektivní dostupnost daných látek menší.

Graf č. 12: Dostupnost nelegálních látek



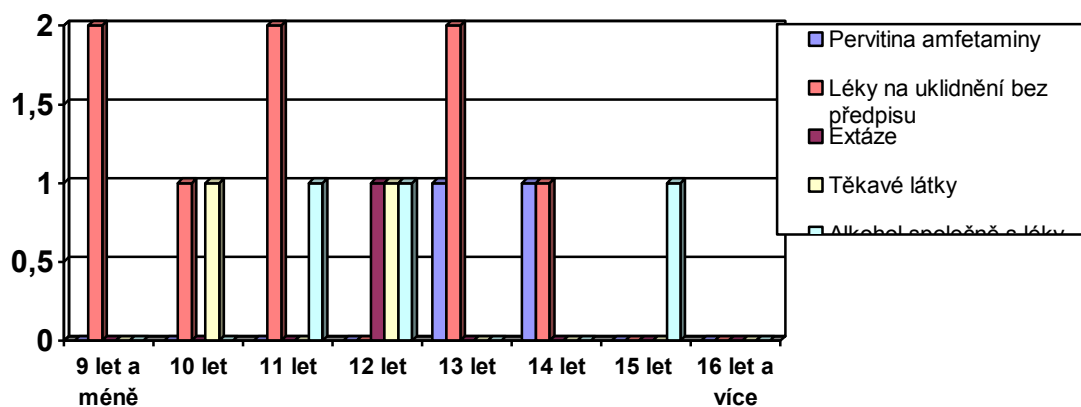
Další otázka se zaměřila na to, kolikrát v životě pokud vůbec užily děti nějakou nelegální návykovou látku nebo alkohol společně s léky. Počty dětí a četnost užití dané látky jsou zaneseny v tabulce č. 3. Z tabulky je patrné že jen málo dětí z dětských domovů užilo nelegální návykovou látku. Nejvíce byly užity léky na uklidnění bez předpisu a to 8 dětmi, dále vyzkoušely 2 děti heroin nebo jiné opiáty, 2 děti pervitin nebo amfetaminy, 2 děti těkavé látky, 2 děti LSD, 2 děti halucinogenní houby, 2 děti alkohol společně s léky a 1 dítě extázi. Injekčně drogu neužil nikdo.

Tabulka č. 3: Počty které užily nelegální návykovou látku

	Nikdy	1-2x	3-5x	6-9x	10-19x	20-39x	40x a více	Celkem
Extáze	46	0	1	0	0	0	0	1
Heroin nebo jiné opiáty	45	2	0	0	0	0	0	2
Pervitin, amfetaminy	45	1	1	0	0	0	0	2
Těkavá látka	45	2	0	0	0	0	0	2
Léky na uklidnění bez předpisu	39	4	1	2	0	0	1	8
LSD, jiné halucinogeny	45	0	0	1	0	0	1	2
Halucinogenní houby	45	2	0	0	0	0	0	2
Drogy injekčně	47	0	0	0	0	0	0	0
Alkohol společně s léky	45	2	0	0	0	0	0	2

Další otázka se zaměřila na první užití nelegální látky. Následující graf zobrazuje věk jejího prvního užití.

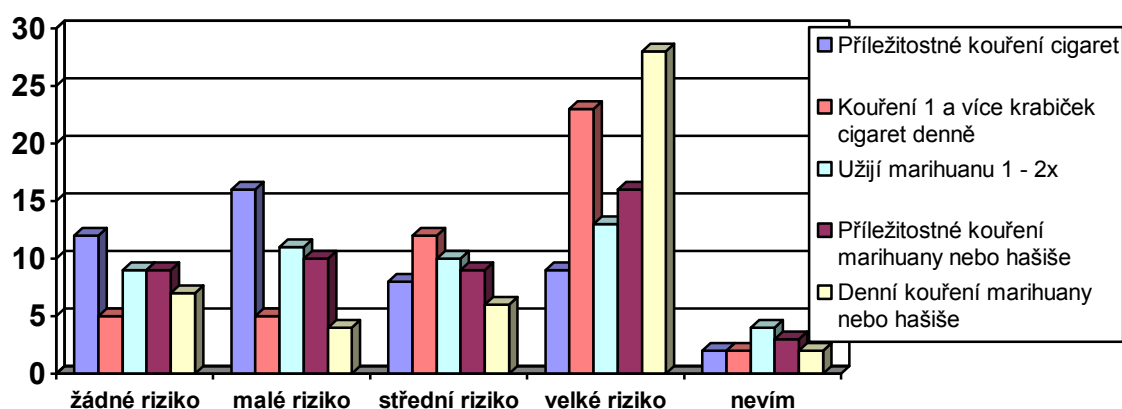
Graf č. 13: Věk prvního užití nelegální látky



10.2.3 Hodnocení rizikovosti návykových látek podle názoru dětí

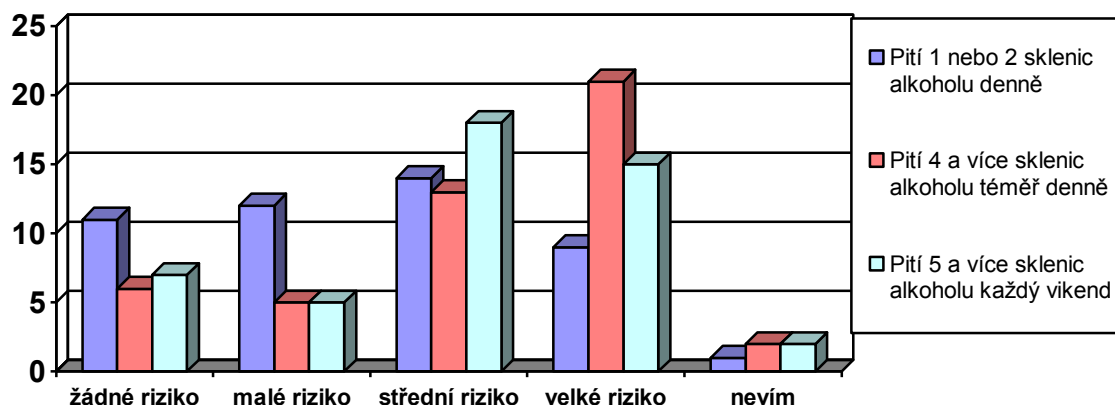
V poslední části dotazníku měly děti odpovědět na otázku, jak velké je podle jejich názoru riziko, že si lidé uškodí (fyzicky nebo jinak), když budou kouřit příležitostně nebo denně, pít alkohol, kouřit příležitostně nebo denně marihuanu nebo hašiš, užívat příležitostně nebo denně extázi nebo pervitin. Na tuto otázku odpovědělo 47 respondentů a jejich výsledky jsou rozděleny do tří grafů, první obsahuje odpovědi na škodlivost kouření cigaret a marihuany, druhý škodlivost alkoholu a třetí míru rizika spojenou s užíváním nelegálních látek. Za velké riziko považuje 59,6% dětí denní kouření marihuany nebo hašiše, poté 48,9% dětí považuje za velmi rizikové kouření 1 a více krabiček cigaret denně. Pro 25,5% dětí nepředstavuje příležitostné kouření žádná rizika a 10,6% dětí uvedlo, že žádná rizika nepředstavuje ani denní kouření cigaret.

Graf č. 14: Hodnocení míry rizika u kouření cigaret a marihuany



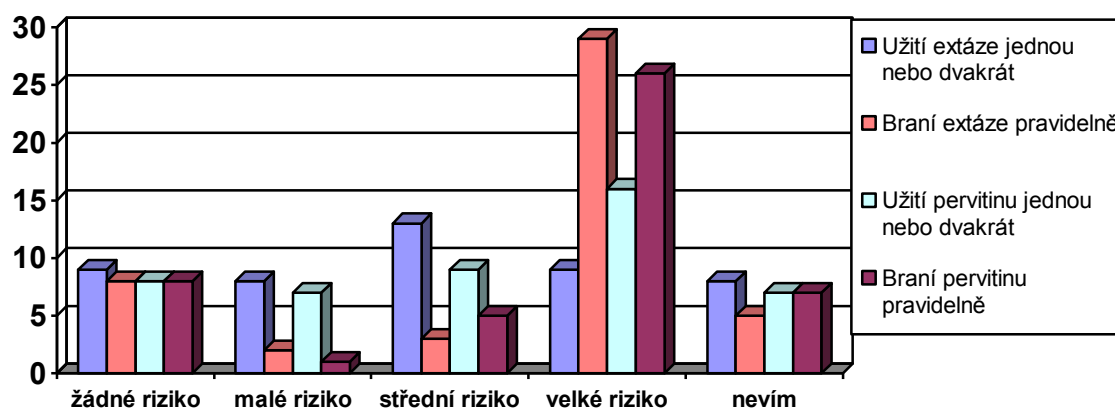
Pro 48,9% dětí nepředstavuje pití jedné nebo dvou sklenic alkoholu denně žádné nebo pouze malé riziko. Pro 19,1% je pití 1 nebo 2 sklenic alkoholu velmi rizikové. 23,4% dětí považuje pití 4 a více sklenic alkoholu téměř každý den za žádné nebo malé riziko, za velké riziko jej považuje 44,7% dětí. Pití 5 a více sklenic alkoholu o víkendech považuje za velké riziko 31,9% dětí a za malé nebo vůbec žádné 25,5% dětí.

Graf č. 15: Hodnocení míry rizika při užívání alkoholu



Užívání nelegálních látek je hodnoceno jako rizikovější než užívání alkoholu nebo kouření cigaret a marihuany. 61,7% dětí považuje za velmi rizikové pravidelné užívání extáze a 55,3% pravidelné užívání pervitinu. Za malé nebo žádné riziko považuje pravidelné užívání extáze pouze 17% dětí a pervitinu také pouze 17%.

Graf č. 16: Hodnocení míry rizikovosti nelegálních látek

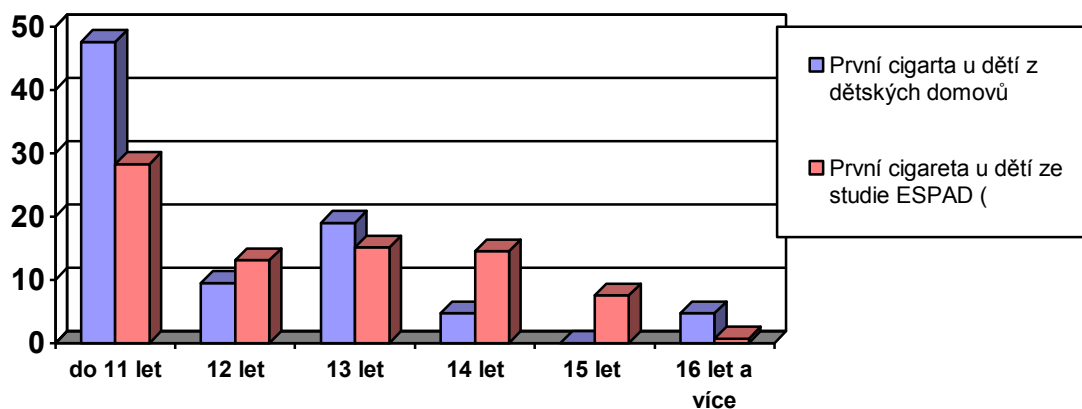


10.2.4 Porovnání výsledků u dětí z dětských domovů a dětí ze studie ESPAD 2007

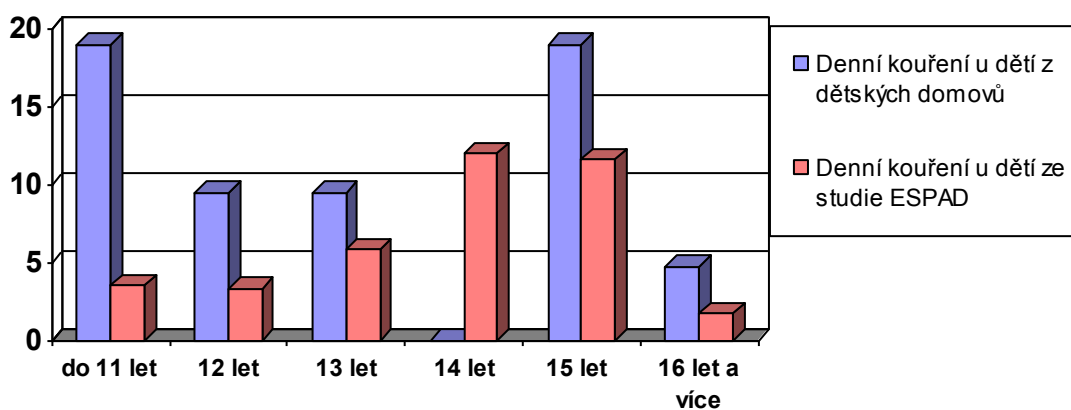
Pro porovnání výsledků dětí z dětských domovů a dětí ze studie ESPAD byly použity pouze výsledky dětí z dětských domovů ve věku 15 a 16 let, což odpovídá cílové populaci, na které byla prováděna studie ESPAD. Na dotazník odpovědělo celkem 21 dětí z dětských domovů, které odpovídají požadovanému věku, z toho je deset 15letých a jedenáct 16letých. Co se týče rozložení pohlaví je mezi nimi 11 chlapců a 10 dívek.

Na grafech č. 17 a 18 je patrné, že křivky prvního kouření cigarety a denního kouření u dětí z dětských domovů mají stejný průběh jako křivky u dětí ze studie ESPAD.

Graf č. 17: Věk začátku kouření u dětí z dětských domovů a u dětí ze studie ESPAD (v %)



Graf č. 18: Věk denního kouření u dětí z dětských domovů a u dětí ze studie ESPAD (v %)

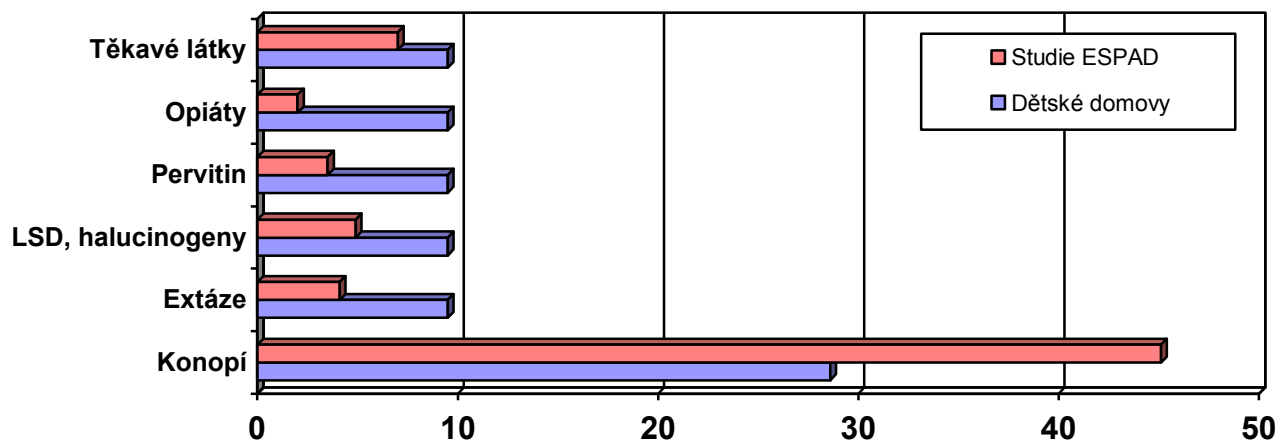


Podle studie ESPAD (2009) uvedlo užívání alkoholu více jak 40krát za život 41% Čechů, u dětí z dětských domovů je to 14,3%. Co se týče užívání v posledních 30 dnech studie ESPAD uvádí, že více než 3krát užilo alkohol 12% dětí a u dětí z dětských domovů je to 28,6% dětí.

Další porovnávací oblastí je užívání nelegálních látek. Ve studii ESPAD stejně jako v dětských domovech je nejvíce užívanou nelegální látkou marihuana. U studie ESPAD

(2009) se ukazuje, že konopné látky užívá 45,1% dětí, v dětských domovech je to 28,6% dětí. Ostatní nelegální látky nepřesahují užívání u více než 10% populace.

Graf č. 19 Porovnání užívání nelegálních látek u dětí z dětských domovů a u dětí ze studie ESPAD (v %)



11 POROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ Z DOTAZNÍKU SURPS A VYBRANÝCH OTÁZEK Z DOTAZNÍKU ESPAD

V poslední kapitole se zaměřím na porovnání výsledků z dotazníku SURPS, který hodnotí míru jednotlivých rysů chování a porovnám je s výsledky z otázky číslo 3 části B, která se ptá na počet užití cigarety, alkoholu nebo konopí v životě.

Tabulka č. 4 ukazuje, že nejvíce dětí, kteří v životě kouřili alespoň jednu cigaretu se pohybuje ve středním pásmu (od 9 do 15 bodů) přecitlivělosti a představuje vzorek 23 dětí, což je 60,5 %. U užití alkoholu alespoň jednou v životě se ve středu hodnot přecitlivělosti pohybuje 16 dětí a v horním pásmu 12 dětí. Konopí alespoň jednou užily 4 děti, které získaly hodnoty ve středním pásmu přecitlivělosti a 1 dítě, které získalo hodnoty v horním pásmu přecitlivělosti.

Tabulka č. 4: Užití tabáku, alkoholu a konopí v životě v závislost na získaných hodnotách ve škále přecitlivělosti

		tabák			alkohol			konopí		
		nikdy	1x–9x	10x a více	nikdy	1x–9x	10x a více	nikdy	1x–9x	10x a více
Hodnocení přecitlivělosti	8		1	1		1		1		
	9	1	2	1	1	2	1	3	1	
	10			2		1	1	1		1
	11	1	3	2	1	5		6		
	12	1	2		1	2		3		
	13		4	3	4	2	1	6		1
	14	1	1	1	1	2		2	1	
	15		1	1		1	1	1		1
	16	1	3	4	2	3	3	8		
	17	1		1		1	1	1		1
	18		2		1	1		2		
	19	1	1	1	1	2		3		
	20	1		1	1		1	2		
Celkem		9	20	18	14	23	9	40	2	4

U hodnocení impulzivity a užívání tabáku, alkoholu a konopí jsou výsledky následující. U tabáku je největší zastoupení dětí, které vykouřily alespoň jednu cigaretu ve středním pásmu (od 9 do 15 bodů) impulzivity a představuje 26 dětí, což je 68,4 % dětí, kteří vykouřili alespoň jednu cigaretu za život, v horním pásmu impulzivity se pohybuje 11 dětí, což je 28,9 %. Užití alkoholu je také zastoupeno nejvíce u dětí, které měly hodnocení škály impulzivity ve středním pásmu a představuje 21 dětí, což je 67,7 % dětí, které vypily alespoň jeden alkoholický nápoj za život. V horním pásmu hodnocení impulzivity se vyskytuje 10 dětí, které alespoň jednou pily nějaký alkoholický nápoj. Konopí užilo 5 dětí, které mají hodnocení impulzivity ve středním pásmu a 1 dítě s hodnocením impulzivity v horním pásmu.

Tabulka č. 5. Užití tabáku, alkoholu a konopí v životě v závislosti na získaných hodnotách ve škále impulzivity

		tabák			alkohol			konopí		
		nikdy	1x–9x	10x a více	nikdy	1x–9x	10x a více	nikdy	1x–9x	10x a více
Hodnoty impulzivity	8		1					1		
	9	1			1			1		
	10	1			1			1		
	11		1			1		1		
	12	2	2	2	2	4		6		
	13	2	3	1	4	2		5	1	
	14		4	5	1	6	1	7		1
	15	1	3	5	2	3	4	6	1	2
	16	1	2	3	1	3	2	5		1
	17		3	1	1	3		4		
	18	1	1		1	1		2		
	19			1			1	1		
Celkem		9	20	18	14	23	9	40	2	4

U hodnocení vzrušujících zážitků se děti, které kouřila cigaretu alespoň jednou v životě pohybují nejvíce ve středním pásmu (od 13 do 20 bodů) a představují 89,5 % dětí, které alespoň jednou kouřily cigaretu a 5,3 % dětí je v horním pásmu vyhledávání

vzrušujících zážitků. U alkoholu jsou výsledky podobné 90,6 % dětí, které pily alespoň jednou nějaký alkoholický nápoj s vyskytuje ve středním pásmu hodnocení vyhledává i vzrušujících zážitků a 3,1 % je v horní škále hodnocení. U marihuany je ve středním pásmu hodnocení vyhledávání vzrušujících zážitků pět dětí a v horním pásmu není nikdo, kdo by užil konopí alespoň jednou v životě.

Tabulka č. 6: Užití tabáku, alkoholu a konopí v životě v závislost na získaných hodnotách ve škále vyhledávání vzrušujících zážitků

		tabák			alkohol			konopí		
		nikdy	1x–9x	10x a více	nikdy	1x–9x	10x a více	nikdy	1x–9x	10x a více
Hodnocení vyhledávání vzrušujících zážitků	8	1			1			1		
	9	1		2		1	1	1	1	
	10	1			1			1		
	13		3	4	2	5		7		
	14		3	1	1	2	1	4		
	15	1	2	5	1	4	3	5		3
	16	2	2		2	2		4		
	17		2			2		2		
	18		2	2		3	1	3	1	
	19		4	2	2	3	1	6		
	20	1		2	1		2	2		1
	21	1			1			1		
	22	1	1		2			2		
	23		1			1		1		
Celkem		9	20	18	14	23	9	40	2	4

Čtvrtou kategorií hodnocení osobnostních rysů pomocí dotazníku SURPS je hodnocení negativního myšlení. Ve středním pásmu (od 11 do 17 bodů) se pohybuje 26 dětí, které někdy v životě kouřili alespoň jednu cigaretu a v horním pásmu je 9 dětí. U alkoholu je ve středním pásmu 22 dětí, které vypily alespoň jeden alkoholický nápoj v životě a v horním pásmu negativního myšlení je 7 dětí, které někdy pily nějaký alkoholický nápoj. U konopí je ve středním pásmu 5 dětí a v horním 1, které alespoň jednou životě marihuanu nebo hašiš.

Tabulka č.7: Užití tabáku, alkoholu a konopí v životě v závislost na získaných hodnotách ve škále negativního myšlení

		tabák			alkohol			konopí		
		nikdy	1x–9x	10x a více	nikdy	1x–9x	10x a více	nikdy	1x–9x	10x a více
Hodnocení negativního myšlení	7	1	1		1	1		2		
	9	1		1	1	1		2		
	10		1				1	1		
	11	1	3		2	2		4		
	12		1	3	1	1	2	3		1
	13		3	2		3	2	5		
	14	2	3	1	3	3		5	1	
	15	2	1	4	2	3	1	5		1
	16		3	2		3	2	3		2
	18	1			1			1		
	19		1	2		3		3		
	20	1	2	1	2	2		4		
	21		1	1	1	1		2		
	22			1			1		1	
Celkem		9	20	18	14	23	9	40	2	4

12 DISKUSE

Celý výzkum proběhl během měsíce července v 5 dětských domovech ve Středočeském kraji. Do výzkumu byly vybrány děti od 11 do 16 let, kterým byl dán dotazník k vyplnění. Dotazník obsahoval dvě části první s otázkami z dotazníku SURPS a druhou s vybranými otázkami z dotazníku ESPAD.

Ve své práci jsem se zaměřila na hodnocení dětí z dětských domovů na základě dotazníku SURPS, který uvedl Dolejš (2010) ve své práci Efektivní včasná diagnostik rizikového chování u adolescentů. Tento dotazník měří míru osobnostních rysů a jejich vysoké hodnoty mohou vést ke zvýšenému riziku užívání návykových látek. Předpokládala jsem, že děti z dětských domovů budou mít skóre v jednotlivých rysech osobnosti vysoké, ale nebylo tomu tak, výsledky odpovídaly výsledkům, které uvedl Dolejš (2010) ve své knize.

Ve druhé části dotazníku jsem se zabývala vybranými otázkami ze studie ESPAD (2009), kde jsem předpokládala, že vzhledem k rozsáhlým změnám, které se dějí v dospívání a které sami o sobě mohou být rizikovým faktorem k užívání, budou se výsledky dětí z dětských domovů, které jsou kromě samotného dospívání vystaveny ještě stigmatizaci z ústavní péče a soužití s dalšími dospívajícími, pohybovat ve vyšších hodnotách než výsledky studie ESPAD. Výzkum ukázal, že tomu tak není. Sice se vyskytly vyšší hodnoty u některých otázek týkajících se užívání legálních a nelegálních látek, ale to mohlo být způsobeno i malým vzorkem dětí z dětských domovů, kde se každá odpověď projeví na hodnocení.

Hodnocení dostupnosti legálních i nelegálních látek a míra jejich rizikovosti se s věkem mění. Proto jsou hodnoty uváděné v grafech rovnoměrně rozloženy po celém spektru výsledků.

Při zhodnocení výsledků z dotazníku SURPS a výsledků z otázky týkající se užití tabáku, alkoholu a konopí v životě vyšlo najevo, že nejvíce dětí, které užily tabákové výrobky, alkohol nebo konopí se vyskytují ve středních pásmech hodnocení impulzivity, přecitlivělosti, vyhledávání vzrušujících zážitků a negativního myšlení.

Při návštěvách dětských domovů jsem měla možnost se zeptat, jak to v dětských domovech funguje a jak se dětmi pracuje. Mým velkým omylem bylo, že jsem se domnívala, že dětské domovy jsou velké ústavy, kde je na desítky dětí pouze minimální množství vychovatelů. Při svých návštěvách jsem zjistila, že děti žijí v rodinných buňkách po cca 8 dětech různého věku i pohlaví a dohlíží na ně vždy dva vychovatelé, pokud je to možné tak muž a žena, kteří s nimi vaří, uklízí a dělají běžné každodenní aktivity.

Dětem je v dětských domovech nabízen program a mohou docházet na zájmové kroužky. Díky sponzorům mohou jezdit na letní tábory podle jejich volby a na prázdniny k moři.

12 ZÁVĚR

Ve své práci jsem se věnovala charakteristice dospívajících z několika hledisek, kterými jsou tělesné dospívání, krize identity a vliv vrstevníků, rodiny a školy na dospívajícího. Dále jsem charakterizovala rizikové chování a poruchy chování. A zmínila jsem se o dětských domovech a dětech v nich vyrůstajících.

V praktické části jsem se zaměřila na dospívající ve věku od 11 do 16 let, kteří jsou umístěni v dětských domovech. Zhodnotila jsem míru jejich osobnostních rysů a možné riziko vyplývající z vysokých hodnot v jednotlivých škálách u impulzivity, vyhledávání vzrušujících zážitků, negativního myšlení a přecitlivělosti. Uvedla jsem výsledky u vybraných otázek ze studie ESPAD a porovnála je s výsledky samotné studie z roku 2007, která hodnotila děti narozené v roce 1991.

Pokud by v budoucnu došlo k rozsáhlejší studii u dospívajících v dětských domovech, bylo by možné určit, jakým faktorem jsou nejvíce ohroženi a jaký typ prevence by byl pro ně nejvhodnější, aby zamezil užívání alkoholu, cigaret nebo nelegálních látek, nebo aby alespoň oddálil jejich první užití na pozdější.

Program dětských domovů je velmi dobře strukturovaný a nabídka volnočasových aktivit a možností, které děti mají jsou veliké. Jejich jediným handicapem může být stigma ústavní výchovy, které si sebou nesou do škol i do budoucího života a které je může omezovat při hledání zaměstnání a uplatnění na trhu práce. Tento handicap se s nimi nese i přes to, že dosahují mnohdy vysokoškolských titulů a jsou velmi nadané. Je potřeba, aby došlo k větší informovanosti veřejnosti o ústavní výchově a o dětech, které jsou v ní umístěny.

13 POUŽITÁ LITERATURA

Atkinsonová, R.L., Atkinson, R.C., Smith, E.E., Bem, D.J., Nolen-Hoeksema, S. (1995). Praha: Viktoria Publishing a.s.

Arterburn, S., Burns, J. (2001). Drogy klepou na dveře. Brno: Nová naděje

Brisch, K.H. (2001) Poruchy vztahové vazby Od teorie k terapii. Praha: Portál.

Broža, J. (2003). Děti a mladiství. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup (s. 232-235). Kapitola 9/2. Praha: Úřad vlády ČR.

Csémy, L., Chomynová, P., Sadílek, P. (2009). Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) Výsledky výzkumu v České republice v roce 2007. Praha: Úřad vlády České republiky.

Čablová, L., Šťastná, L., Charvát, M., Maierová, E., Endrödiová, L., & Dolejš, M. (2011). Preventure – metoda krátké cílené intervence. Adiktologie, (11)2, 92–98.

Čačka, O. (2000). Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace. Brno: Doplněk.

Dolejš, M. (2010). Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů. Olomouc: Univerzita Palackého.

Dolejš, M., Miovský, M., Řehan, V. (2012). Testová příručka ke škále osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek (SURPS – Substance Use Risk Profile Scale). Praha: Togga.

Doležalová, P. (2010). Prevence rizikového chování v podmínkách ústavní výchovy a péče. In Miovský, M. (Ed.), Skácelová, L. (Ed.), Zapletalová, J. (Ed.), Novák, P. (Ed.). Primární prevence rizikového chování ve školství. (pp. 89 – 98). Praha: SCAN.

Elliott, J., Place, M. (2002). Dítě v nesnázích Prevence, příčiny, terapie. Praha: Grada.

Fischer, S., Škoda, J. (2009). Sociální patologie Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů. Praha: Grada.

Gallá, M., Aersten, P., Daatland, Ch., DeSwert, J., Fenk, R., & Fischer, U. (2005). Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí. Příručka o efektivní školní drogové prevenci. Praha: Úřad vlády ČR.

Ganeri, A. (2001). Drogy Od extáze k agonii. Praha: Amulet.

Goodyer, P. (2001). Drogy a teenageři. Praha: Slovanský dům.

Hartl, P., Hartlová, H. (2000). Psychologický slovník. Praha: Portál.

Jedlička, R., Klíma, P., Kořa, J., Němec, J., Pilař, J. (2004). Děti a mládež v obtížných životních situacích Nové pohledy na problematiku životních krizí, deviací a úlohu pomáhající profese. Praha: Themis

K. Kalina & J. Radimecký (Eds.). (2003). Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky

Kolář, M. (2001). Bolest šikanování Cesta k zastavení epidemie šikanování na školách. Praha: Portál.

Koutek, J., Kocourková J. (2003). Sebevražedné chování Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících. Praha: Portál.

Macek, P. (2003). Adolescence. Praha: Portál.

Matějček, Z. (2011) Praxe dětského psychologického poradenství. Praha: Portál.

Matoušek, O., Kroftová, A. (2003). Mládež a delikvence Možné příčiny, struktura, programy prevence kriminality mládeže. Praha: Portál.

Matoušek, O. (1999). Ústavní péče. Praha: Slon.

Miovský, M. (Ed.), Skácelová, L. (Ed.), Zapletalová, J. (Ed.), Novák, P. (Ed.).(2010). Primární prevence rizikového chování ve školství. Praha: SCAN.

Skácelová, L. (2010). Minimální preventivní program školy. In Miovský, M. (Ed.), Skácelová, L. (Ed.), Zapletalová, J. (Ed.), Novák, P. (Ed.). Primární prevence rizikového chování ve školství. (pp. 101 – 114). Praha: SCAN.

Škoviera, A. (2007). Dilemata náhradní výchovy Teorie a praxe výchovné péče o děti v rodině a v dětských domovech. Praha: Portál

Švancar, Z., Buriánivá, J. (1988) Speciálně-pedagogické problémy ústavní a ochranné výchovy. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.

Train, A. (2001). Nejčastější poruchy chování dětí Jak je rozpoznat a kdy se obrátit na odborníka. Praha: Portál

Vágnerová, M. (1996). Vývojová psychologie I.. Praha: Karolinum.

Vágnerová, M. (2005). Školní poradenská psychologie pro pedagogy. Praha: Karolinum.

Vágnerová, M. (2008). Psychopatologie pro pomáhající profese Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál.

Vágnerová, M. (2012). Vývojová psychologie Dětství a dospívání. Praha: Karolinum.

Zábranský, T. (1997). Racionální protidrogová politika. Olomouc: Votobia.

14 PŘÍLOHY

14.1 Příloha 1: Dotazník

Dotazník na bakalářskou práci na téma Analýza rizikových faktorů užívání návykových látek u dětí z dětských domovů ve Středočeském kraji měřených pomocí dotazníku SURPS

Část A:

Věk:

Pohlaví: žena x muž

Školní ročník:

Škála osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek

SURPS – Substance Use Risk Profile Scale

M. Dolejš, M. Miovský, V. Řehan (podle P.J. Conrod a P. Woicik)

Dotazník obsahuje 23 výpovědí, kterými můžete popsat sami sebe. Přečtěte si pozorně každou výpověď a posuďte do jaké míry Vás vystihuje. Odpovídejte uvážlivě a upřímně, Vaše odpovědi jsou považovány za důvěrné. Nejde o test neexistují zde správné ani špatné odpovědi.

1	2	3	4
rozhodně nesouhlasím	nesouhlasím	souhlasím	rozhodně souhlasím
1. Jsem spokojený/á			1 2 3 4
2. Často řeknu něco dřív, než si to rozmyslím			1 2 3 4
3. Chtěl/a bych skákat padákem			1 2 3 4
4. Jsem šťastný/á			1 2 3 4
5. Často se dostávám do situací, kterých později lituji			1 2 3 4
6. Užívám si nové a vzrušující zážitky, i když jsou nekonvenční			1 2 3 4
7. Věřím, že mám před sebou slibnou budoucnost			1 2 3 4

8. Pocit závratí či omdlení mi nahání hrůzu	1	2	3	4
9. Rád/a dělám věci, které mi trochu nahánějí hrůzu	1	2	3	4
10. Děsí mě, když cítím, že se mi mění srdeční tep	1	2	3	4
11. Obvykle jedním, aniž bych se před tím zamyslel/a	1	2	3	4
12. Rád/a bych se naučil/a řídit motocykl	1	2	3	4
13. Jsem hrdý/á na to, co jsem dokázal/a	1	2	3	4
14. Když jsem hodně nervózní, dostávám strach	1	2	3	4
15. Jsem celkově impulzivní člověk	1	2	3	4
16. Jde mi o zážitek jako takový, i když je to něco nezákonného	1	2	3	4
17. Mám pocit, že nejsem úspěšný/á	1	2	3	4
18. Dostávám strach, když zažívám neobvyklé pocity a vjemy	1	2	3	4
19. Líbilo by se mi dělat dlouhé túry v drsné a neobydlené krajině	1	2	3	4
20. Cítím se příjemně	1	2	3	4
21. Děsí mě, když nejsem schopen/schopna soustředit se na to, co mám dělat	1	2	3	4
22. Mám pocit, že se musím chovat manipulativně, abych dosáhl/a toho, co chci	1	2	3	4
23. Do budoucna hledím s velkým nadšením	1	2	3	4

Část B:

Vybrané otázky z dotazníku ESPAD

1. Jaký byl Váš průměrný prospěch na posledním vysvědčení?

- ☐ 1,0 – 1,5 ☐ 2,01 – 2,5 ☐ 3,01 – 3,5 ☐ 4,01 – 4,5
☐ 1,51 – 2,0 ☐ 2,51 – 3,0 ☐ 3,51 – 4,0 ☐ 4,51 – 5

2. Jak obtížné by podle Vás bylo sehnat si tyto věci, kdybyste o ně stál/a?

	Nemožné	Velmi obtížné	Poměrně obtížné	Poměrně snadné	Velmi snadné	Nevím
a) Cigarety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Pivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Alkopops (limonády s obsahem alkoholu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Víno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Destiláty (vodka, rum, slivovice...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Marihuanu nebo hašiš	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Kolikrát v životě (pokud vůbec) jste

	Nikdy	1x – 2x	3x – 5x	6x – 9x	10x-19x	20x-39x	40x a více
a) Kouřil/a cigarety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Pil/a alkoholický nápoj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Užíla/a marihuanu nebo hašiš	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Jak často (pokud vůbec) jste za posledních 12 měsíců

	Nikdy	1x – 2x	3x – 5x	6x – 9x	10x-19x	20x-39x	40x a více
a) Kouřil/a cigarety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Pil/a alkoholický nápoj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Užíla/a marihuanu nebo hašiš	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Jak často (pokud vůbec) jste za posledních 30 dnů

	Nikdy	1x – 2x	3x – 5x	6x – 9x	10x-19x	20x-39x	40x a více
a) Kouřil/a cigarety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Pil/a alkoholický nápoj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Užíla/a marihuanu nebo hašiš	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. V jakém věku (pokud vůbec) jsi POPRVÉ zkusil/a následující věci

	9 let a méně							16 a více let	
	Nikdy	9 let a méně	10 let	11 let	12 let	13 let	14 let	15 let	16 a více let
a) Kouřila první cigaretu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Kouřila cigarety denně	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Pil/a pivo (alespoň 1 sklenici)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Pil/a alkopops (limonády s alkoholem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Pil/a víno (alespoň 1 sklenici)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Pil/a destilát (alespoň 1 sklenku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Užil/a marihuanu nebo hašiš	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Jak obtížné by podle Vás bylo sehnat si tyto věci, kdybyste o ně stál/a?

	Nemožné	Velmi obtížné	Poměrně obtížné	Poměrně snadné	Velmi snadné	Nevím
a) Pervitin, amfetaminy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Léky na uklidnění	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Extázi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Těkavé látky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Kolikrát v životě (pokud vůbec) jste užil/a

	Nikdy	1x – 2x	3x – 5x	6x – 9x	10x-19x	20x-39x	40x a více
a) Extázi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Heroin nebo jiné opiáty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Pervitin, amfetaminy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Čichal/a těkavou látku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Léky na uklidnění bez předpisu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) LSD, jiné halucinogeny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Halucinogenní houby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Drogy injekčně	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Alkohol společně s léky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. V jakém věku (pokud vůbec) jsi POPRVÉ zkusil/a následující věci

	Nikdy	9 let a méně	10 let	11 let	12 let	13 let	14 let	15 let	16 a více let
a) Pervitin a amfetaminy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Léky na uklidnění bez předpisu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Extázi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Čichal/a těkavé látky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Zkusil/a alkohol společně s léky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Jak velké ji podle Vašeho názoru riziko, že si lidé uškodí (fyzicky nebo jinak) když...

	Žádné riziko	Malé riziko	Střední riziko	Velké riziko	Nevím
a) kouří příležitostně cigarety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) kouří 1 nebo více balíčků cigaret denně	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) pije 1 nebo 2 sklenice alkoholu denně	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) pije 4 nebo více sklenic alkoholu téměř každý den	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) pije pět nebo více sklenic alkoholu každý víkend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) užije marihuanu nebo hašiš jednou nebo dvakrát	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) kouří příležitostně marihuanu nebo hašiš	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) kouří pravidelně marihuanu nebo hašiš	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) užije extázi jednou nebo dvakrát	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) berou extázi pravidelně	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) užije pervitin (amfetaminy) jednou nebo dvakrát	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) berou pravidelně pervitin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14.2 Příloha 2: Seznam tabulek a grafů

Tabulka č.1 Počet chlapců a dívek v jednotlivých dětských domovech (s. 52)

Tabulka č.2 Věkové rozložení chlapců a dívek (s. 52)

Graf č. 1: Četnost žáků v jednotlivých hodnotách u hodnocení přecitlivělosti (s.54)

Graf č. 2: Četnost žáků v jednotlivých hodnotách u hodnocení impulzivity (s. 55)

Graf č. 3: Četnost žáků v jednotlivých hodnotách u hodnocení vyhledávání vzrušujících zážitků (s. 56)

Graf č. 4: Četnost žáků v jednotlivých hodnotách u hodnocení negativního myšlení (s. 57)

Graf č. 5: Prospěch dětí na posledním vysvědčení (s. 58)

Graf č. 6: Dostupnost cigaret a marihuany nebo hašiše (s. 59)

Graf č. 7: Dostupnost alkoholických nápojů (s. 59)

Graf č. 8: Celoživotní prevalence užívání alkoholu, cigaret a marihuany nebo hašiše (s. 60)

Graf č. 9: Užití alkoholu, cigaret a marihuany nebo hašiše za posledních 12 měsíců (s. 60)

Graf č. 10: První kouření cigarety nebo marihuany v životě, denní kouření (s. 61)

Graf č. 11: První užití jednotlivých druhů alkoholu (s. 61)

Graf č. 12: Dostupnost nelegálních látek (s. 62)

Tabulka č. 3: Počty které užily nelegální návykovou látku (s. 63)

Graf č. 13: Věk prvního užití nelegální látky (s. 63)

Graf č. 14: Hodnocení míry rizika u kouření cigaret a marihuany (s. 64)

Graf č. 15: Hodnocení míry rizika při užívání alkoholu (s. 65)

Graf č. 16: Hodnocení míry rizikovosti nelegálních látek (s. 65)

Graf č. 17: Věk začátku kouření u dětí z dětských domovů a u dětí ze studie ESPAD (v %) (s. 66)

Graf č. 18: Věk denního kouření u dětí z dětských domovů a u dětí ze studie ESPAD (v %) (s. 66)

Graf č. 19 Porovnání užívání nelegálních látek u dětí z dětských domovů a u dětí ze studie ESPAD (v %) (s. 67)

Tabulka č. 4: Užití tabáku, alkoholu a konopí v životě v závislost na získaných hodnotách ve škále přecitlivělosti (s. 68)

Tabulka č. 5: Užití tabáku, alkoholu a konopí v životě v závislost na získaných hodnotách ve škále impulzivity (s. 69)

Tabulka č. 6: Užití tabáku, alkoholu a konopí v životě v závislost na získaných hodnotách ve škále vyhledávání vzrušujících zážitků (s. 70)

Tabulka č.7: Užití tabáku, alkoholu a konopí v životě v závislost na získaných hodnotách ve škále negativního myšlení (s. 71)